

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Denisa Oslejová

Postoje k lidem se zdravotním postižením

- srovnání vybraných profesních skupin

Attitudes Toward People with Disabilities

- Comparison of Selected Professional Groups

Praha 2016

Vedoucí práce: PhDr. Eva Dragomirecká, PhD.

Poděkování

Mé poděkování patří PhDr. Evě Dragomírecké, PhD. za odborné vedení, přínosná konzultační setkání a inspirující komentáře. Ráda bych zde také poděkovala kolegyním ve svém zaměstnání za cenné připomínky a rodině, díky které tato práce získala konečnou podobu.

Bc. Denisa Oslejová

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 6. května 2016

.....

Bc. Denisa Oslejová

Klíčová slova

Postoje, zdravotní postižení, člověk se zdravotním postižením, pomáhající profese, srovnávací studie, pedagogika, psychologie, sociální práce, zdravotnictví

Key words

Attitudes, disability, person with disability, helping professions, comparative study, pedagogy, psychology, social work, health

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá především postoji profesionálů z pomáhajících profesí k lidem se zdravotním znevýhodněním. V současné době je kladen velký důraz na téma inkluze zdravotně znevýhodněných osob a je důležité, aby šli zejména lidé, kteří jsou s nimi nejčastěji ve styku, svými postoji a chováním příkladem celé společnosti. Cílem práce je srovnání odpovědí vybraných čtyř profesních oblastí - pedagogiky, psychologie, sociální práce a zdravotnictví a zjištění, zda se objeví rozdíly v postojích a názorech k lidem se zdravotním postižením. První část práce obsahuje teoretické zakotvení pojmů vztahujících se k postojům, zdravotně znevýhodněným osobám a přehled provedených výzkumů na toto téma. Druhá část práce je věnována výzkumu, který byl uskutečněn pomocí strukturovaného dotazníku. Z výzkumu vyplynulo, že se opravdu některé postoje napříč vybranými pomáhajícími profesemi liší.

Abstract

This diploma thesis mainly deals with the attitudes of professionals from helping professions towards people with disabilities. Nowadays is a great emphasis on the theme of inclusion of handicapped people and is important to go especially those people who interact with them most frequently with their attitudes and behaviour as example for society. The aim of the study is to compare responses of four selected professional areas - education, psychology, social work and health, and to determine differences in attitudes and opinions towards people with disabilities. The first part contains theoretical ground concepts related to attitudes, handicapped persons and survey conducted research on this topic. The second part is dedicated to the research conducted using a structured questionnaire. This research showed that some selected attitudes across helping professions are really different.

Obsah

ÚVOD	7
1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....	9
1.1 HISTORIE A POJETÍ POJMU	9
1.2 LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	12
1.2.1 Klasifikace zdravotního postižení.....	14
2 POSTOJE.....	20
2.1 POSTAVENÍ LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE SPOLEČNOSTI	23
2.2 POSTOJE ZDRAVOTNĚ HANDICAPOVANÝCH K SOBĚ SAMÝM.....	31
3 PRACOVNÍCI V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH	33
3.1 ROZBOR DEFINIC POJMŮ VZTAHUJÍCÍ SE KE ZDRAVOTNÍMU POSTIŽENÍ.....	34
3.2 VÝZKUMY POSTOJŮ KE ZDRAVOTNĚ ZNEVÝHODNĚNÝM	36
4 VÝZKUMNÁ ČÁST	39
4.1 CÍL VÝZKUMU	39
4.2 METODOLOGIE.....	39
4.3 CÍLOVÁ SKUPINA.....	40
4.4 ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	41
4.5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	41
SHRNUTÍ A DISKUZE	83
ZÁVĚR	87
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:.....	89
INTERNETOVÉ ZDROJE:	92
SEZNAM ZKRATEK:	93
SEZNAM GRAFŮ, TABULEK A OBRÁZKŮ	94
PŘÍLOHY	97

Úvod

„Lidské zdraví je obecně definováno jako soulad biopsychosociálních faktorů a rovnovážný stav tělesné, duševní, spirituální i společenské pohody člověka.“ (Novosad in Michalík, 2011, str. 183).

„Právě větší či menší porucha tohoto stavu a zmíněného souladu i následné omezení sebeurčení a přístupu k životním příležitostem je tím, co transformuje zdravotní (resp. funkční) poruchu či postižení člověka v jeho znevýhodnění - handicap a hrozící sociální vyloučení.“ (Novosad in Michalík, 2011, str. 184).

V současné době je společnost v každodenním životě neustále konfrontována s tématem zdravotního postižení. V rámci historie se vnímání lidí se zdravotním postižením měnilo od negativních postojů, strachu z neznámého a izolace těchto jedinců, přes vyjadřování soucitu a péči, až nakonec k dnešní snaze o celkovou integraci do společnosti.

Integrace umožňuje lidem se zdravotním postižením zapojit se do běžného života, setkávat se na ulicích, v obchodech, zaměstnáních, médiích apod. s lidmi bez zdravotních hendikepů. Ti jsou nuceni vyvářet si při těchto setkáních určité postoje, ze kterých následně vycházejí vzorce jejich chování. Klíčovým faktorem v této záležitosti je vyrovnávání znevýhodnění, tak aby všichni lidé měli stejnou šanci. Hlavní roli v integraci hraje mnoho nových prvků, jako například důraz na zařazení do klasické základní školy, přijetí do zaměstnání na volném pracovním trhu, bydlení v běžných bytech s podporou samostatného bydlení, bezbariérové přístupy a mnoho dalších.

Postoje lidí formují přístup společnosti k těmto lidem. Podle mnoha výzkumů je dokázáno, že čím více mají lidi informací a zkušeností, tím je jejich pohled na osoby se zdravotním postižením pozitivnější. V minulosti bylo v České republice provedeno už mnoho výzkumů zaměřujících se na postoje veřejnosti. V aktuálních studentských závěrečných pracích se autoři zaměřují především na postoje dětí a mládeže, či pedagogických pracovníků vůči zdravotně znevýhodněným lidem, právě s přidruženým tématem pedagogické integrace. Zahraniční výzkumy probíhají i mezi dalšími pomáhajícími profesemi, které se setkávají s tématem zdravotního znevýhodnění častěji

než jiné profese. Převážně jde o samostatně zkoumané oblasti, nejčastěji je to zdravotnictví a pedagogika.

Tato práce je zaměřena na několik profesních oblastí v rámci pomáhajících profesí, které jsou mezi sebou srovnány, jak po teoretické, tak i praktické stránce. Jde především o porovnání postojů a vnímání lidí se zdravotním znevýhodněním mezi čtyřmi profesními oblastmi - pedagogika, psychologie, sociální práce a zdravotnictví.

Text je členěn do dvou hlavních částí - teoretické a praktické. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola s názvem Zdravotní postižení se věnuje historii, pojetí, definicím a klasifikaci zdravotního postižení. Další kapitola rozebírá definici a význam postojů. V této části je také podle témat pojednáno o postavení lidí se zdravotním postižením ve společnosti v rámci historie, práva, péče a dalších. Na závěr kapitola shrnuje několik informací o vnímání zdravotního postižení samotnými lidmi s handicapem a o výzkumech zkoumajících postoje společnosti vůči nim. Teoretickou část uzavírá třetí téma - Pomáhající profese, které je zacíleno právě na čtyři vybrané oblasti - pedagogika, psychologie, sociální práce a zdravotnictví, které jsou v této práci zkoumány.

Praktická část se týká samotného výzkumu, který byl proveden kvantitativní metodou, za použití dotazníku. Dotazník byl rozeslán především elektronicky, kvůli jednoduššímu sběru dat. Abych mohla mezi sebou porovnat výsledné odpovědi jednotlivých pomáhajících profesí, byl nastaven tak, aby se uzavřel pro cílovou skupinu při naplnění stanoveného počtu přijatých odpovědí. Dohromady bylo sebráno dvě stě dotazníků, tedy padesát z každé profesní oblasti - pedagogika, psychologie, sociální práce a zdravotnictví. Výsledky byly pro přehlednost zaneseny do tabulek a znázorněny s pomocí grafů, ve kterých jsou společně porovnány.

1 Zdravotní postižení

1.1 Historie a pojetí pojmu

Podle Světové zdravotnické organizace pojem postižení v sobě zahrnuje termín „impairment“ neboli dopad, zhoršení, omezení aktivity a omezení v participaci. Je to stav i proces, kdy je člověk omezen nebo neschopen jednat tak, jak je považováno za normální ve společnosti. Postižení nezahrnuje jen o zdravotní obtíže, ale je to komplexní jev, reflektující mimo jiné interakce mezi osobou a společností.

Vnímání i samotný pojem postižení se vyvíjí už od počátku věků. Boris Titzl, který se zabývá nejranější historií vnímání postižení, ve své knize uvádí, že *„zdravotní omezení, která jsme si zvykli označovat jako postižení, provázejí lidstvo od samého začátku, existují a existovat přes veškeré úsilí patrně budou. Tato realita prostupující každou společnost je i polem, na němž se řeší nejednoduchý vztah těch silnějších, zdravých a nepostižených, kteří se prezentují jako majorita k těm slabším, nemocným, postiženým, kteří jsou v postavení minoritním.“* (Titzl, 1998, str. 7).

Ruth Freedman (2005) ve svém článku o sociální práci v praxi s osobami s postižením zmiňuje, že dříve byly jako postižení označovány osoby s mentální retardací, postupem času se k těmto osobám přidali i lidé s mozkovou obrnou, autismem, epilepsií a dalšími neurologickými potížemi.

Titzl (1998) se ve své práci zabývá nejstaršími zmínkami o postižení vůbec. Postižení či péče o lidi s postižením provází člověka od počátku lidskéhožití, dokládají to mnohá archeologická naleziště už z dob před mnoha tisíci lety. První kosterní pozůstatky pocházejí již z doby před 550.000 lety. V roce 1986 byl u Dolních Věstonic nalezen důkaz o výskytu postižených z dob paleolitu, tedy z doby kamenné, která je nejstarším obdobím lidských dějin. Kostra, která zde byla nalezena, *„vykazovala značné patologické změny na celé levé straně těla, včetně zřetelně kratších končetin, deformací hlavy, výrazné skoliósy, atd. Tělesným postižením musela tato osoba velmi trpět.“* (Titzl, 1998, str. 11). Z tohoto období také existují doklady o tom, že postižení lidé i přes svůj handicap přežívali, i když byly doživotně odkázáni na pomoc druhých. Jak zmiňuje Titzl, v tak dlouhém prehistorickém období bohužel nejde zmapovat vztah k postiženým lidem,

ale díky těmto důkazům je možné „přistoupit k přehodnocování tradičních myšlenkových schémat o vývoji péče o „defektní“ osoby.“ (Titzl, 1998, str. 113).

Defektologický slovník (2000) udává, že pojem „osoba zdravotně postižená“ je v současnosti používané označení osob původně nazývaných osoby defektní, vadné či úchylné. Zahrnuje v sobě všechny vady, poruchy a defekty. Pojem defekt můžeme „chápat jako vadu, chybnost, ztrátu, nedostatek v anatomické stavbě organismu a poruchy v jeho funkcích.“ (Renotírová, 2004, str. 19). Autorka zmiňuje, že se jedná o „poškození v oblasti integrity organismu“, které je neupravitelné a nezvratné.

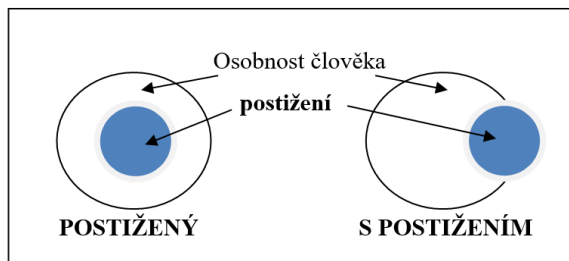
Jak zmiňuje Freedman (2005), Tomeš (2011), Krhutová (2013) a další autoři, osoby zdravotně postižené byly původně v historii označovány jako „invalidní“. Tento pojem se v pozdějších letech přestal používat, jelikož ve svém překladu (invalid = neplatný) nedůstojně označoval lidi jako nehodnotné, neplatné. Pojem „invalidní občan“, se momentálně používá především už jen při určování stupňů invalidity pro zajištění invalidního důchodu. Tři stupně invalidity se posuzují podle míry pracovní schopnosti a neschopnosti, tedy zda a v jaké míře je člověk schopen vykonávat výdělečnou činnost.¹

Postupem času se k pojmu „postižení“ přidala další synonyma - zdravotní handicap, zdravotní znevýhodnění, disabilita, apod. Tomeš udává důvod, proč ani pojem zdravotní postižení není dostačující označení: *“V poslední době se ani označení zdravotně postižený nepovažuje za přiměřené, protože naznačuje stav jako konečný, postižení jako ztrátu a osobu takto označenou jako vyřazenou ze společnosti, člověka bez perspektivy. Proto se začíná preferovat označení osoba se zdravotním znevýhodněním, protože znevýhodnění se dá odstranit, zmírnit nebo kompenzovat a člověk má perspektivu.”* (Tomeš, 2011, str. 151).

Michalík názorně ukazuje, jaký je rozdíl mezi pojmem „zdravotně postižený člověk“ a „člověk se zdravotním postižením“. *„Schéma naznačuje, že při užití předložky „s, se“ může v subjektivní rovině vzniknout větší prostor pro vnímání osobnosti člověka, kde postižení je důležitou, ale jen jednou z mnoha součástí jeho osobnosti.“* (Michalík,

¹ Člověk je invalidní v prvním stupni, jestliže jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 35%. Pokles pracovní schopnosti o 50% řadí člověka do invalidity druhého stupně a pokles pracovních schopností o 70% do třetího stupně.

2011, str. 50). Tento obrázek znázorňuje také to, že co pro někoho může být handicapem, pro druhého člověka, žijícího v jiném prostředí, využívající jiné kompenzační pomůcky být omezující nemusí.



Obrázek 1² - Schéma rozdílu - člověk postižený a člověk s postižením

Termín „handicap“, česky hendikep, se objevil v Anglii na dostizích roku 1827. Z anglického výrazu hand in cap - ruka v klobouku, „označuje los, kterým se určuje, kteří z lehčích, starších trénovanějších koní ponesou větší zátěž, resp. pokusou delší distanci, aby byly podmínky pro všechny stejné a závod spravedlivý. Mnohem později začal tento termín přeneseně i u lidí označovat zátěž nějakého onemocnění, tělesné vady, postižení.“ (Vágnerová, Moussová, Štěch, 1992, str. 3 in Krhutová, 2008, str. 16).

Slovník sociální práce vykládá postižení, jako omezené schopnosti člověka. V textu „World report on disability“³ vytvořeném World Health Organization a World Bank Group, je pojem „disability“ popisovaný jako stav komplexní, dynamický, multidimenzionální a sporný. Podle online Velkého lékařského slovníku se pod pojmem „disabilita“ skrývá porušená schopnost ve smyslu invalidity v oblasti motorické, senzorické či kognitivní.⁴ Krhutová (2008) upozorňuje, že používání pojmu disabilita je velmi sporné, v českém jazyce je nejvíce používán jako synonymum pro zdravotní postižení.

V praxi se tedy setkáme s mnohými označeními od osob invalidních, zdravotně znevýhodněných až po označení osoby s defektem (Ludíková, Renotierová, 2004), nebo s problémem v učení, které si zvykli používat některé organizace zabývající

²Schéma zpracované autorkou DP, podle Michalíka, 2011

³ http://www.unicef.org/protection/World_report_on_disability_eng.pdf, (online: 2. března 2016)

⁴ <http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/disabilita>, (online: 2. března 2016)

se osobami se zdravotním znevýhodněným. Také co autor, doba a text to jiné označení. Podle výzkumu z roku 2003 se nejčastěji v odborných textech objevuje pojem „lidé se zdravotním postižením“ a to až v 60% (Repková, 2003 in Michalík, 2011, str. 49).

1.2 Lidé se zdravotním postižením

Definice zdravotního postižení můžeme nalézt velmi mnoho, z historického kontextu se vyvíjely v čase i v prostoru. Většina z nich ale obsahuje znaky obecné definice postižení Světové zdravotnické organizace. Česká autorka Krhutová (2013) ve Slovníku sociální práce specifikuje lidi se zdravotním postižením podle Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením z roku 2008 jako osoby, které mají „*dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.*“ (Krhutová, 2013, str. 387). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje pojem „zdravotní postižení“ v § 3 písm. g), jako „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby,“.

Titl (1998), Freedman (2005), Krhutová (2013) a další autoři zmiňují fakt, že zdravotní postižení je záležitostí, která se může stát nepředvídatelně opravdu každému a pravděpodobně celá ve svém pojetí nikdy nevymizí.

Krhutová (2013) se stejně jako Freedmanová (2005) zmiňuje o tom, že pojem zdravotní postižení není možné přesně ukotvit či definovat, jelikož historicky a prostorově bylo a je postižení vnímáno odlišně. Freedmanová například udává případ jedné vzdálené kultury, kde je zdravotní postižení považováno za stav způsobený samotným postiženým v minulém životě. Stejně tak, pokud se člověk zdravý v současném životě chová špatně, například krade či někoho zneužívá, vysluhuje si tak úděl postiženého v příštím životě. Podle toho je také na postižení nahlíženo. Obě autorky pak upozorňují, že v některých případech je za postižení považováno pouze viditelné poškození, ale jak udává Krhutová, jak poznáme v telefonu nevidomého člověka, když s námi bez problému komunikuje? Jak tedy o člověku můžeme bez důkladného individuálního prozkoumání říci, že je postižený? Další rozdíl je i v individuálním pojetí u každého člověka, i kdyby měl stejnou diagnózu, se bude postižení jinak projevovat a každý bude v životě fungovat odlišně.

Ve vztahu k sociální práci Krhutová uvádí dva úhly pohledu na zdravotní postižení. První zahrnuje zaměření na „řešení dopadů změn zdravotního vztahu, s nimiž si člověk s postižením objektivně nemůže či subjektivně nedokáže poradit sám.“ (Krhutová, 2013, str. 22). Druhým pohledem je nesprávné nahlížení na zdravotně postižené, nejčastěji jako na nemocné a na pomoci závislé osoby. Autorka zdůrazňuje, že vždy záleží na úhlu pohledu a postoji každého jednotlivce, který může mít každý vlastní.

Krhutová (2013) připisuje zdravotnímu postižení charakteristiku něčeho dlouhodobého, souvisícího s „trvalým úbytkem zdraví a současně s většími či menšími limity při výkonu běžných činností, s větším či menším omezením v přístupu k některým aktivitám, s různými druhy péče a podpory, se závislostí, případně bezmocí atd.“ (Krhutová, 2013, str. 26).

Stejně tak, jako definice zdravotního postižení nelze plně ukotvit, nelze ani přesně spočítat počet zdravotně postižených v populaci. Autorky Koláčková a Kodymová, které se v knize Matouška Sociální práce v praxi (2010) zabývají zdravotně znevýhodněnými, uvádějí, že přesné počty zdravotně postižených neexistují. Z důvodu nepředávání informací mezi zdravotnickými zařízeními a sociálními službami statistiky nezahrnují všechny druhy postižení. Dalším důvodem je, že u některých služeb není nutná evidence. Počty se dají zjistit z mnoha zdrojů - poskytování služby, příspěvků na péči, přidělených invalidních důchodů, ale je obtížné odhadnout celkový počet. "Statistiky vypracované OSN a Světovou zdravotnickou organizací uvádějí, že na světě žije asi 500 milionů lidí se zdravotním znevýhodněním. Jedná se zhruba o každého desátého člověka." (Matoušek, 2010, str. 90).

Michalík (2011) uvádí svou domněnku, že je obyvatel se zdravotním postižením v rámci České republiky mnohem více, než činí kvalifikovaný odhad 10%. Český statistický úřad v článku z roku 2014 shrnuje, že v roce 2012 žilo v České republice více než milion lidí se zdravotním postižením.⁵ Což potvrzuje výrok, že každý desátý člověk má nějaké zdravotní postižení i u nás v České republice.

⁵ Dostupné na: https://www.czso.cz/csu/czso/se_zdravotnim_postizenim_zije_kazdy_desaty_obcan_cr_20140416

Vágnerová (2008) upozorňuje na to, že množství lidí s postižením se neustále mění. Mnohá z nich jsou vrozená, například kvůli poruchám genetických dispozic, ale i získaná v rámci prenatálně, perinatálně a postnatálně působících vlivů. Jiná postižení jsou získaná v průběhu života, další vznikají následkem úrazů a onemocnění v průběhu lidského života. Také zdůrazňuje, že k nárůstu problému potom dochází v období stáří. Autorka se také zabývá odlišným vývojem vyplývajícím z vrozeného postižení. Na základě individuálních vlastností, prostředí, ve kterém člověk vyrůstá a žije, výchově a míře kontaktu s lidmi se rozdílně rozvíjí složky poznávacích procesů, osobnosti dítěte i socializační vývoj.

1.2.1 Klasifikace zdravotního postižení

Základní klasifikací je rozdělení postižení na vrozené a získané během života. „*Někdy se vedou diskuze o tom, která životní situace je horší, závažnější. Zda narození dítěte s postižením a následný život s vrozeným postižením (funkčním omezením, event. funkční či orgánovou vadou), nebo často náhlá změna zdravotního stavu a život se získaným postižením.*“ (Novosad in Michalík, 2011, str. 187). Jelikož je každý člověk individuální a jinak se vyrovnává s těžkostmi, ani na tuto otázku nelze odpovědět jednoznačně. Přesto, jak zmiňuje Novosad, se dá v rámci určitých úvah a znaků tvrdit, že člověk s vrozeným nebo časně získaným handicapem má větší čas se adaptovat na svůj stav. I když si takový člověk dříve či později může uvědomit rozdílnost od ostatních, což bude mít vliv na jeho vnímání a rozvoj. Mnohem silněji bývá vnímáno postižení či onemocnění u člověka, který byl až do úrazu či získání postižení zdravý. Pro takového člověka se zmíněnou událostí mění dosavadní způsob žití a nová situace zasahuje do výrazné většiny oblastí života. Nejčastěji ovlivňuje společenskou, profesní, rodinnou či zájmovou rovinu života. Důvodem je porovnávání, co měl předtím a co ztratil. Záleží na adaptační schopnosti člověka, jak rychle se dokáže vyrovnat s novou situací a nalézt nový způsob naplněného života.

Michalík (2011) uvádí podle něho nejběžnější klasifikaci zdravotně postižených. Podle převládajícího postižení rozděluje zdravotní postižení na tělesné, mentální, kam patří i duševní a autistické poruchy, zrakové, sluchové a řečové postižení. K tomu zdůrazněně připomíná skupinu kombinovaného postižení a nemocné civilizačními chorobami. (Michalík, 2011, str. 34).

- **Mentální postižení** - stejně tak jako v terminologii pojmu postižení dochází postupem času ke změnám, humanizací humanitních oborů se i terminologie označování osob s mentálním postižením mění. Původní termíny debilita, imbecilita, idiocie, apod., se staly spíše hanlivě používanými názvy, které používají zejména lidé, kteří většinou ani netuší, co slovo původně znamená a koho označuje. Podle Michalíkova znázornění (viz obr. 1 na str. 5) je nejvhodnější používat pojmy například dítě s dyslexií, místo dyslektik, osoba s autismem, místo autista, apod.

Jednou z nejfrekventovanějších poruch mentálního postižení je mentální retardace. „*Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností.*“ (Michalík, 2011, str. 115). V dnešní době je patrná snaha změnit i název mentální retardace, v zahraničí označované jako IDD - intellectual and developmental disabilities (intelektové a vývojové poruchy). (Michalík, 2011, str. 112 - 115).

Vágnerová (2008) uvádí, že osoby s mentální retardací nemají schopnost dosáhnout vyššího intelektového stupně, který se přibližuje společenské normě i přesto, že vyrůstají v podnětném prostředí. Projevy, které se s tímto postižením objevují, bývají zpravidla potíže s učením, s řečí a s myšlením, v důsledku čehož vzniká ztížená schopnost začlenit se do společnosti.

- **Duševní poruchy** - mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace do duševních poruch řadí: organické duševní poruchy včetně symptomatických; poruchy duševní způsobené užíváním psychoaktivních látek; schizofrenii, poruchy schizotypální a poruchy s bludy; afektivní poruchy (poruchy nálady, deprese); neurotické, stresové a somatoformní poruchy; poruchy osobnosti a chování u dospělých a poruchy psychického vývoje (Tabelární seznam MKN 10, 2014, str. 189)⁶.

Blažek a Olmrová (1988) ve své knize Světy postižených rozebírají proměny v nahlížení na duševní poruchy a choroby v historii. Původně šlo lékařům a odborníkům v této oblasti pouze o identifikování choroby a její následné léčení.

⁶ Dostupné na: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>

S objevením Freudovy psychoanalýzy se do popředí dostává člověk. Kromě choroby byla zkoumána i cesta, která k této chorobě vedla. (Blažek, Olmrová, 1988, str. 11-17).

Speciální pedagogika a další autoři (Michalík 2011, Slovík 2007, atd.) řadí psychické poruchy pod skupinu mentálního postižení. Ve speciální pedagogice se této skupině věnuje obor psychopedie.

- **Tělesné postižení** - Novosad (2011) upozorňuje, že dnešní společnost je zaměřená především na atraktivitu, výkon a úspěšnost. Někdo, kdo je jakýmkoliv způsobem odlišný, je vnímán negativním způsobem „*a může být kromě jiného diskriminován v přístupu k občanskému životu i sebeuplatnění.*“ (Novosad in Michalík, 2011, str. 181).

Do tělesného postižení Novosad (2011) řadí dvě skupiny - chronické onemocnění, které je zpravidla nevyléčitelné, vyžaduje přísné dodržování stanovené léčby a životosprávy a vede k utlumení funkčních a výkonových schopností. „*Někteří autoři tuto skupinu onemocnění označují jako interní postižení a zdůrazňují fakt, že většinou takové onemocnění-postižení není na první pohled zřejmé, a tudíž člověka nestigmatizuje.*“ (Novosad in Michalík, 2011, str. 186). Tato skupina zahrnuje například kardiovaskulární onemocnění, cukrovku, leukemii, poruchy imunity, poruchy metabolických procesů, nádorová onemocnění, epilepsii, apod.

Do druhé skupiny pak patří tělesné postižení pohybové, které se projevuje od těžkostí v hybnosti až po úplné nemožnosti pohybu či chybění části těla. Tyto zvláštnosti jsou naopak od předchozí skupiny zpravidla viditelné, a tudíž v mnoha ohledech stigmatizující. Patří sem obrny, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, cévní mozková příhoda, deformace, abnormální držení těla a patologické odchylky v zakřivení páteře, amputace, apod.

- **Zrakové postižení** - „*Díváme-li se na věci kolem sebe, jde o stejně přirozený automatický proces jako dýchání, chuze, slyšení. Běžně nepřemýšlíme o tom, proč vidíme a jak vidění funguje. Při zrakovém postižení je tento přirozený proces narušen a člověk musí na „dívání se“ vynaložit vědomé úsilí.*“ (Krhutová in Michalík, 2011, str. 270). Autorka uvádí, že proto, abychom pochopili, s jakým

problémem přichází člověk se zrakovým postižením, je potřeba se nejprve seznámit s fyziologií zrakového vnímání⁷. Důležité to může být v případě, kdy osoba tvrdí, že nic nevidí, což však může být pouze jeho vyjádření skutečnosti, že dříve viděl dobře, a nyní se jeho zrakové schopnosti výrazně zhoršily, vůbec nemusí být nevidomý. „*Hovoříme-li o zrakovém postižení, jde vždy o postižení funkce zraku, které již nelze korigovat do normálního vidění.*“ (Krhutová in Michalík, 2011, str. 276).

Zrak je jedním z našich nejfrekventovaněji používaných smyslů. Autoři udávají, že díky němu přijímáme kolem 70 - 80% informací o okolním světě a dění. Člověk se zrakovým postižením ale v takovémto případě nepřichází o tolik procent informací, neboť se individuálně u každého rozvíjí a kapacitně narůstá náhradní způsob vnímání jiným smyslovým orgánem. Ve výsledku i při využívání kompenzačních pomůcek je ale vždy člověk s postižením v celkovém rámci nějak omezen. (Krhutová in Michalík 2011, str. 278).

Klasifikovat zrakové postižení lze z mnoha dalších z hlediska vzniku na vrozené a získané, z etiologického hlediska na poruchy orgánové a funkční, z hlediska stupně zrakového postižení na osoby nevidomé, se zbytky zraku, slabozraké a s poruchami binokulárního vidění, z hlediska délky na postižené krátkodobé, dlouhodobé a opakující se. (Ludíková, Renotiérová, 2004, str. 198).

- **Sluchové postižení** - je udáváno, že sluchem přijímáme kolem 15 % informací. I přesto, že je to mnohem menší číslo, než se kterým jsme se setkali u zrakového vnímání, je mnoha autory právě sluchové postižení udáváno jako nejtěžší (Potměšil, 2011). „*Sluchové vnímání je po stránce genetické důležitou složkou dorozumívacího procesu, protože sluchem přicházejí informace, které slouží orientaci v prostředí, a normální funkce sluchového analyzátoru je nezbytným předpokladem pro rozvoj mluvené řeči.*“ (Ludíková, Renotiérová, 2014, str. 176).

Potměšil (in Michalík, 2011) rozdělil pro potřebu pracovníků v pomáhajících profesích sluchové vady podle velikosti ztráty sluchu: Ohluchlost, je vada, která

⁷ Pro zájemce o prostudování této oblasti - kapitola Terminologie, klasifikace a charakteristika zrakového postižení, Krhutová in Michalík, 2011, str. 270 – 301.

vznikla zpravidla před dokončením vývoje mluvené řeči, řeč samotná se nevytrácí, ale pomaleji se rozvíjí a je méně plynulá. Hluchota bývá zpravidla spojená se ztrátou sluchu vrozenou nebo velmi časně získanou. Zbytky sluchu, kde ztráta sluchu není úplná, bývá vrozená nebo získaná, u lidí se často projevuje neplynulou a opožděnou řečí. Nedoslýchavost je opět částečná ztráta sluchu, dělená podle míry ztráty sluchu od lehké po velmi těžkou nedoslýchavost. Měří se podle ztráty decibelů. (Potměšil in Michalík, 2011, str. 361 - 364). Autor také upozorňuje, že pro pomáhající profese je potřeba rozlišovat lidi podle jazykových kompetencí v rámci ztráty sluchu, tedy zda se sluchového postižení objevilo před nebo po rozvinutí řeči.

- **Narušené komunikační schopnosti** - touto problematikou se zabývá především obor logopedie. „Z hlediska průběhu komunikačního procesu může být narušena složka expresivní (produkce řeči), ale i receptivní (porozumění řeči).“ (Mlčáková in Michalík, 2011, str. 415). Lechta (1990) upozorňuje, že v této kategorii jde především o odchylku od zavedené normy ve společnosti. Sleduje se rozdílnost mezi plynulostí řeči, výslovností, zvukovým zabarvením, apod. Potom se o narušení komunikačních schopností mluví tehdy, když se řeč odchyluje od normy. Kromě těchto faktorů záleží i na prostředí, kde člověk žije, na stupni vzdělání, povolání, atd. Pro pracovníky v pomáhajících oblastech je tedy nutností znát specifika těchto odchylek a pracovat s nimi při setkání s lidmi s komunikačními obtížemi.

Klasifikovat tuto skupinu lze opět z mnoha hledisek. Základně na narušené komunikační schopnosti vrozené, nebo získané během života.

Lechta (1990) na základě symptomatického hlediska rozlišuje deset okruhů:

1. vývojová nemluvnost,
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie),
3. získaná neurotická bezpečnost (mutismus, selektivní mutismus, surdomutismus),
4. narušení zvuku řeči (patolálie),
5. narušení plynulosti řeči (zajímavost, brblavost),
6. narušení článkování (dyslalie, dysartrie),
7. narušení grafické podoby řeči (dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie),

8. symptomatické poruchy řeči,
9. poruchy hlasu,
10. kombinované vady a poruchy řeči.

Nejvíce informací o specifikách jednotlivých znevýhodnění můžeme nalézt ve speciální pedagogice (Ludíková, Renotírová, 2004, Fisher, Škoda, 2008, atd.), ta se zabývá v jednotlivých oborech výchovou, vzděláváním a společenským uplatněním všech osob, zjednodušeně řečeno odchylujícími se nějakým handicapem, znevýhodněním či rysem od ostatních. Pod pojem zdravotní postižení speciální pedagogika řadí zejména chronické onemocnění, a ke klasifikaci postižení přidává ještě poruchy v chování a specifické poruchy učení.

Fisher a Škoda (2008) ve Speciální pedagogice klasifikují handicap a znevýhodnění do 3 stupňů závažnosti. Do poruch lehkého stupně řadí „minimální odlišnosti od normy“, těmto lidem stačí běžná pomoc a za pomoci speciálních metod jsou schopni se integrovat do společnosti. Střední stupeň zahrnuje znevýhodnění, která „vyžadují speciální přístup, metody a pomoc“, k jejich integraci je potřeba pomoci specialistů. Za třetí handicapu a poruchy třetího stupně, do nichž autoři řadí jedince, kteří jsou „plně odkázáni na pomoc okolí a společnosti.“ (Fisher, Škoda. 2008, str. 21-22).

2 Postoje

Představy o člověku si tvoříme na základě několika faktorů. Mezi ně patří především naučené vzorce, kdy si při utváření představy „často domýšlíme spoustu věcí, pro něž nemáme žádné důkazy. Zdá se, že používáme jakousi implicitní teorii osobnosti, která předpovídá, že ten, kdo má určitý povahový rys, má také několik dalších, které jsou s ním spojeny.“ (Hayesová, 1998, str. 69). Dalšími faktory jsou: osobní vytváření představ o objektu, ve kterém může dojít k takzvanému „halo efektu“ neboli efektu prvního dojmu, na kterém člověk potom zakládá veškeré další posuzování druhých, dále zprostředkované pohledy druhých lidí, a zjednodušující používání kategorizací a stereotypů.

Významem postojů se zabývají především obory psychologie a pedagogika. Postoj je jedním z pojmů, které nejde přesně ukotvit či specifikovat. Opět zde platí pravidlo, kolik autorů, tolik definicí. Mnoho kolektivů autorů nabízí různé definice. Průcha v Pedagogickém slovníku (2008) definuje postoj jako „*hodnotící vztah zaujímaný jednotlivcem vůči okolnímu světu, jiným subjektům i sobě samému. Zahrnuje dispozici chovat se či reagovat určitým relativně stabilním způsobem. Postoj je získáván na základě spontánního učení v rodině a v jiných sociálních prostředích.*“ (Průcha, 2008, str. 171).

Nakonečný (2009) hovoří o postoji jako o způsobu hodnocení nějakého objektu. Hodnotíme-li, vytváříme tím postoj k něčemu. Jak dokládají i autoři Hewston a Stroebe (2006), je důležité zmínit, že to jaký postoj člověk zaujímá, se nemusí nutně projevit v jeho chování.⁸ Postoje se zakládají na systému lidských hodnot, které jsou naučené a zkušenostmi získané. Postoje, ačkoliv jsou v zásadě většinou trvalé, lze v určitých podmínkách měnit, a to například na základě zkušenosti. Nakonečný (2009) upozorňuje, že v rámci významných životních postojů jde většinou o velký psychický otřes nebo životní krizi, co teprve dokáže postoj změnit, neboť lidské postoje přispívají k integritě osobnosti. (Nakonečný, 2009, 239-286). Autor Marcia D. Horne (1985) se ve své knize, která byla napsána pro profesionály v pomáhajících profesích, kteří pracují či hledají informace o postojích k handicapovaným lidem, zmiňuje o tom, že lidé mohou

⁸ K praktické ukázce bývá u mnoha autorů používána studie LaPiera (1934), který cestoval po USA s čínskou dvojicí, kdy předpokládal, že nebudou plně obslouženi v hotelích a campech, kde se ubytovávali. Z 251 zařízení je nepřijali pouze v jednom. Zajímavé bylo poté srovnání, kdy na žádost o ubytování pro čínský pár zasláný poštou o šest měsíců později odpovědělo negativně 118 zařízení ze 128 navrátilivších se žádostí.

měnit své názory na základě uspokojujících podnětů, které se jeví jako racionální nebo logické. (Horne, 1985, str. 6).

Hayesová (1998), Průcha (2008) Hartl (2010) a další autoři zabývající se postoji se ve svých definicích shodují, že jde o součást každého člověka, postoje jsou naučené, získané během života v rodině, výchovou, pohybem v sociálním prostředí. Jsou reakcí člověka nejen na předměty, osoby a situace, ale i na sebe samotného. Průcha (2008) upozorňuje na souvislost postojů a hodnot, které jsou závislé na dalších faktorech - etnických, kulturních a vzdělanostních. Hartl (2010) dělí postoje podle kritérií na:

- a) pocitové a poznávací,
- b) kladné a záporné,
- c) verbální a neverbální,
- d) skryté a zjevné,
- e) silné a slabé,
- f) soudržné a nesoudržné,
- g) vědomé a nevědomé,
- h) individuální a skupinové,
- i) stálé a proměnlivé,
- j) aj.

„Existuje dost velký počet výzkumů, které ukazují, že s lidmi, které považujeme za přitažlivé, jednáme vlídněji než s těmi, které považujeme za tělesně nepřitažlivé.“ (Hayesová, 1998, str. 79).

Jak udává Hayesová (1998) a Hartl (2010), postoje můžeme rozdělit do třech dimenzí, přičemž *„různé definice se liší v tom, kterou z těchto tří dimenzí zdůrazňují. Všechny z nich jsou však důležité pro celkový vývoj postoje.“* (Hayes, 1998, str. 96).

- Kognitivní dimenze - se týká názorů a myšlenek, které osoba má o předmětu postoje.
- Emocionální dimenze - se týká toho, co osoba cítí k předmětu postoje, čili emocí či emocionálních reakcí.
- Konativní nebo behaviorální dimenze - se týká sklonů k chování či jednání ve vztahu k předmětu postoje.

Lidé všeobecně zobecňují své vnímání, kategorizují skupiny osob, se kterými se setkávají. Pokud se pak setkají s někým cizím, předpokládají na základě jeho zařazení, že bude vykazovat stejné vlastnosti a chování jako skupina, se kterou má „očividně“ shodné znaky. Člověk si toto počínání obvykle ani neuvědomuje, dokud nezjistí, že jeho první domněnka se neshoduje s realitou. Allport (2004) upozorňuje na tendenci lidí držet se svých kategorizací, pokud zjistí, že zařadili člověka správně, mohou si oddechnout, že vše je tak jak má být, na druhé straně pokud je jejich úsudek vyvrácen, s největší pravděpodobností se bude člověk takovému faktu bránit, například výrokem, že je to pouze výjimečný případ (Allport, 2004, str. 54).

Goffman (2003), který se zabývá sociálním hlediskem stigmat, která vykládá jako jinakost, na první pohled viditelnou i skrytou, která nemusí být ani pozitivní ani negativní, zmiňuje, že lidé často připisují odlišným lidem znaky, které s nimi ve skutečnosti nemusí souviset. Například někteří lidé na člověka se zrakovým postižením křičí, jako kdyby měl mít problémy se sluchem, připisují mu celkovou neschopnost v komunikační interakci (Goffman, 2003, str. 14).

Vágnerová (2008) dodává, že u člověka se stigmatizujícím postižením jde o to, jak je lidmi vnímán, hodnocen „a na základě toho“ akceptován, a nezáleží v takových případech na faktickém „omezení psychických či somatických funkcí. Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu sociálně přisouzeno.“ (Vágnerová, 2008, str. 190). Také dodává, že lidé mají tendence handicapované podceňovat, a v rámci toho i zneužívat. Osoba s handicapem se může snáze stát obětí násilí v různých formách. „*Postoje veřejnosti, které zahrnují i očekávání určitého chování a představu o možnostech různých postižených, jsou důležité, protože mohou ovlivnit reakce těch, k nimž se vztahují. Mohou mnohé nežádoucí projevy stimulovat a posilovat.*“ (Vágnerová, 2008, str. 190 - 191).

Allport (2004) na praktickém příkladu ukazuje vyjádření postoje, který srovnává s přesvědčením. Jako postoj uvádí větu „Nemohu vystát černochoy.“ Vedle toho věta přesvědčení by byla „Černoši páchnou.“. Obě tyto složky pak dávají dohromady předsudek. Předsudek je míněn zjednodušeně jako smýšlení o druhých na základě nepodložených a neopodstatněných faktů. Zároveň upozorňuje, že tam, kde není přesvědčení, dlouho ani postoj nevydrží. (Allport, 2004, str. 38).

2.1 *Postavení lidí se zdravotním postižením ve společnosti*

Vágnerová (2008) zdravotní postižení označuje jako viditelnou a znevýhodňující vlastnost, kvůli které má člověk potíže se začlenit do společnosti. Také uvádí, že lidé se obvykle jinak chovají k člověku zdravému a jinak k člověku postiženému. *„Postoje společnosti k postiženým lidem bývají odmítavé či ambivalentní, často vycházejí z nedostatku porozumění jejich problémům.“* (Vágnerová, 2008, str. 189). Může se tedy objevit nerovné chování, podceňování i přehnaná ohleduplnost. Postoje si lidé vytvářejí, aby si usnadnili a zjednodušili „orientaci ve světě“.

Vnímání zdravotně postižených bývá v emocionální dimenzi postojů vůči zdravotně postiženým ambivalentní. Lidé mají tendence jednat s těmito lidmi se soucitem, ale zároveň jsou jimi odstrašováni, nemají dostatek informací, jak s nimi jednat a mohou mít strach z uvědomění své vlastní zranitelnosti, proto se jim raději vyhýbají. To může vést k zavedeným stereotypům a předsudkům. *„Sociální konstrukci role postiženého posilují předsudky o postižení samotném a předsudky o lidech s postižením. Jedním ze zdrojů předsudků je nedostatek kvalitních informací případně mnoho nekvalitních informací. Ve vztahu k lidem s postižením se lze často setkat s předsudky označovanými jako (1) podněcující, (2) odmítavé, (3) hostilní, (4) projektivní, (5) idealizující, (6) heroizující, (7) naruby.“* (Krhutová, 2013, str. 76 - 77).

Člověk se zdravotním postižením není postižen pouze biologickou odchylkou, ale i statusem a specifickou sociální rolí, vycházející z jeho situace. *„Trvalé poškození může být za určitých okolností hodnoceno jako sociální stigma.“* (Vágnerová, 2008, str. 189). Autorka rozebírá i problematiku nahlížení zdravotně handicapovaných na zdravé lidi. Udává příklad jedné paní na vozíku, která vnímá negativní postoje druhých. Samotná se s nimi snaží potichu vyrovnat, ale je jí to nepříjemné kvůli lidem, kteří jsou s ní. Na druhé straně jsou lidé, kteří tyto situace neunesou, raději žijí v ústraní, nevycházejí moc ven a ve vážných případech může dojít až k úplné izolaci. Mnozí handicapovaní se cítí být lidmi neakceptováni, mají tendence smýšlet o sobě jako o zátěži pro ostatní, což přechází k pocitům nevraživosti a ukřivděnosti. Opět záleží na tom, zda je postižení vrozené či získané. Například člověk s postižením po úrazu, může vidět svou situaci v přijetí ostatními ve společnosti naprosto jinak, pozitivněji, protože má možnost srovnání, kterou handicapovaný od narození nemá. (Vágnerová, 2008, str. 191 - 192).

V některých situacích mohou být činnosti člověka s postižením vnímána jako pozoruhodné schopnosti, například když si nevidomý člověk zapálí bez obtíží cigaretu, na druhé straně se setkává „i s tím, že jeho zcela drobná selhání a nahodilé nevhodné projevy budou vykládány jako přímý výraz jeho stigmatizující odlišnosti.“ (Goffman, 2003, str. 25). Například, když se člověk s mentálním postižením dostane do komunikačních potíží vyjádřit své myšlenky, může to být automaticky přikládáno jeho diagnóze, přičemž u člověka zdravého se u toho nikdo nepozastaví. Nebo případ, kdy zakopne člověk s postižením, a všichni se kolem něj shromáždí a zjišťují, zda se mu něco nestalo, na druhé straně spadne člověk bez handicapu a reakce může být naprosto odlišná.

• HISTORIE

Titzi (1998) ve svých poznámkách rozebírá staré mýty, ze kterých se můžeme dovědět o výskytu postižených v historii, a o společenském vztahu k nim. Pátrá v mýtech nejen slovanských, ale i řecko-římských, egyptských či židovských, ze kterých pak vyvozuje závěr, že *„podpora těchto lidí se stává společensky žádoucí a má význam i pro toho, kdo podporu poskytuje.“* (Titzi, 1998, str. 113).

„Odhadovat, jaké bylo reálné postavení handicapovaných členů společnosti z kusých zpráv a navíc ve velmi dlouhém časovém období, je velice obtížné a těžko můžeme dospět k pevným závěrům, nechceme-li jen rozmnožit řadu novodobých mýtů tradovaných o této otázce.“ (Titzi, 1998, str. 86). Titzi se zaměřuje hlavně na Řecko a Řím, protože jejich kultura ovlivnila vývoj evropské civilizace. V antické době, kdy byla do popředí stavena tělesná krása, byl postižený člověk stigmatizován. Pokud člověk dokázal ovládat svou mysl a tělo, i přes postižení, pak na něj bylo nahlíženo pozitivně, ale pokud své tělo či mysl neovládal, *„společnost s ním jednala v rámci v ní uplatňovaných formálních i neformálních norem.“* (Titzi, 1998, str. 111).

Michalík postavení zdravotně postižených v historii rozděluje do čtyř fází, které stojí na vztazích společnosti vůči postiženým, a to na fáze represivní, zotročovací, charitativní a socializační. V rámci tohoto rozdělení upozorňuje na zdání, že z vertikálně uvedených fází by mohlo být klamnou informací, že v dnešní době je postavení postižených *„již zcela bez problémů. Přitom opak je pravdou.“* *„Skutečnou úroveň vztahů uvnitř společnosti, vztahů většiny k menšině, musíme posuzovat vždy důsledně*

horizontálně. Jen tak můžeme uspokojivě posuzovat často diskutované podmínky života osob se zdravotním postižením v té či oné společnosti.“ (Michalík, 2011, str. 43). Kvalitu postavení zdravotně postižených můžeme hodnotit teprve na základě řady ukazatelů v dané společnosti. Autor také upozorňuje na vědomí „historické neodpovědnosti“, která přetrvává v lidech v otázkách dřívějších diskriminačních a segregáčnických přístupech, „*kterými česká společnost a dřívější totalitní stát vydělovaly zdravotně postižené ze svého středu.*“ (Michalík, 2011, str. 46).

V posledních letech se objevilo úsilí řešit a zlepšovat podmínky života a postavení zdravotně postižených. Následující text je rozdělen na několik dalších specifických oblastí, Jedná se o postavení postižených v oblasti práva, péče, vzdělávání, zaměstnávání, přístupu k informacím, společně s oblastí komunikace.

- **PRÁVO:**

Na poli mezinárodně právního rámce se zdravotně znevýhodněnými zabývá Mezinárodní organizace práce, která se soustředí na oblast pracovní rehabilitace a zaměstnávání, dále Organizace spojených národů, která se snaží o vyrovnání možností pro zdravotně znevýhodněné, aby mohli používat všechna práva v plném rozsahu. K tomu byla v roce 2006 přijata Úmluva o právech zdravotně postižených. Další organizací, která se zabývá zdravotně znevýhodněnými, je již dříve zmíněná Světová zdravotnická organizace, která klasifikuje zdravotní postižení. Rada Evropy v Evropské sociální chartě zavazuje státy *"k přijetí účinných opatření k uplatnění práva zdravotně postižených osob na pomoc při volbě zaměstnání, přípravě k výkonu zaměstnání a u tělesně a duševně postižených osob k uplatnění práva na profesní a sociální readaptaci (čl. 9., 10. s 15.)."* (Tomeš, 2011, str. 158). V rámci Evropské unie je ponechána oblast zdravotně znevýhodněných osob v rukách jednotlivých států. V právních dokumentech EU nalezneme snahu o potírání diskriminace, mimo jiné i z důvodů invalidity, podporu v oblasti zaměstnanosti a sociální integrace. Otázkami zaměstnanosti a diskriminace se zabývá i Evropský akční plán rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, schválený Evropskou komisí v roce 2003. (Tomeš, 2011, str 155 - 159).

Michalík (2011) upozorňuje na neexistující definice postižení v rámci právní normy, která by umožňovala úpravu postavení zdravotně postižených v České Republice.

V právním rámci České republiky se o zdravotně znevýhodněných zmiňuje Listina základních práv a svobod, která stanovuje základní práva a svobody všem bez rozdílu. Následující výčet oblastí, kde se rozdíly mohou objevovat, zakončuje formulace „nebo jiného postavení“, která v sobě zahrnuje i zdravotně postižené. Michalík uvádí, že: „*Výslovné uvedení zdravotně postižených v daném stanovení by rovněž znamenalo uznání reálných diskriminačních tendencí, jimž byla a je tato minorita vystavena, jakož i explicitní vyjádření vůle majoritní společnosti o nápravu stavu.*“ (Michalík, 2011, str. 61). Čtvrtá hlava Listiny se už konkrétně zmiňuje o zdravotně postižených, kteří mají právo na zvýšenou ochranu při práci a na zvláštní podmínky, a na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.

Další zákony zahrnující zdravotně postižené využívají rozsáhlou škálu pojmenování těchto osob, například občan zdravotně postižený, občan invalidní, zdravotně postižený občan, občas se zdravotním postižením, občan závislý na péči. (Michalík, 2011, str. 63 - 69). Zdravotně postižených se také týkají tyto následující zákony: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Zákon č. 110/2000 Sb., o životním a existenčním minimu, Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, Zákon č. 117/2006 Sb., o státní sociální podpoře, Zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. (Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2015, 2015, str. 30).

• PÉČE

Historie v pomoci postiženým sahá až do 5. století před. n. l. příležitostmi práce pro zdravotně postižené z války. Původní pomoc těmto lidem vznikla při klášterech a farách. Až za vlády Karla Velikého vznikla povinnost lenních pánů starat se o své nemocné poddané. Později vznikl první špitál a první nemocnice, které pečovaly o nemocné a chudé. Později přebraly péči o zdravotně postižené osoby obce, a po Bismarkových reformách se tato úloha stala "*součástí státní politiky a od roku 1948, po přijetí Všeobecné deklarace lidských práv, nezadatelným občanským právem na rovné zacházení a sociální zabezpečení.*" (Tomeš, 2011, str. 149).

Krhutová (2013), která se zabývá historií péče o zdravotně postižené v České Republice, se k této oblasti vyjadřuje: „K českému problému lze přiřadit i historickou a kulturní tradici „pečování o postižené“, na která měla v bývalém Československu segreganční charakter a podporovala vnímání postižení jako životní tragédie a lidí s postižením jako pasivních příjemců pomoci.“ (Krhutová, 2013, str. 26).

"Člověk se zdravotním postižením je v obecném povědomí stále vnímán převážně paternalisticky, jako objekt péče (případně přímo sociálního zabezpečení). Jako někdo, kdo již z podstaty věci samé potřebuje jen (!) pomoc, vedení, péči a ochranu.“ (Michalík, 2011, str. 31). I přes dnešní velkou snahu o deinstitucionalizaci, kdy je odborníky preferována péče o člověka v domácím prostředí, ve velké míře přetrvává ústavní péče, která může mít izolační charakter.

• VZDĚLÁVÁNÍ

Podle článku 24 v Úmluvě OSN o právech zdravotně postižených mají smluvní státy povinnost umožnit každému právo na vzdělání bez jakékoliv diskriminace, na základě rovných příležitostí. Aby mohly státy tyto práva naplňovat, musí zajistit inklusivní vzdělávací systém.

„Vlivem vývoje v posledních letech se ČR stává zemí s typicky smíšeným systémem vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením.“ (Michalík, 2011, str. 77). V České republice se historicky vyvíjel systém takzvaného speciálního školství. Tak jako pojmenování lidí s postižením se humanizací oborů mění, tak i ve speciálním školství došlo ke změně názvu ze zvláštní školy na školu praktickou a z pomocné školy na základní školu speciální. Postupem času se rozvíjí postavení žáka jako hlavního aktéra ve vzdělávacím procesu a objevuje se snaha začlenit děti s handicapem do běžné základní školy. K tomu je využívána řada kompenzačních nástrojů. Kromě menšího počtu žáků ve třídě, vybavení v kontrastních barvách a speciálních didaktických pomůcek je to i přítomností pedagogického asistenta, který pomáhá žákům či studentům se speciálními vzdělávacími potřebami.

Vágnerová (2008) uvádí, že u zdravotně postižených dětí je zvýšené riziko vzniku pocitů méněcennosti ve srovnávání s ostatními žáky ve třídě. „Na druhé straně může dojít

k nadměrnému důrazu na výkon a ke zvýšení potřeby úspěchu (jako kompenzace postižení).“ (Vágnerová, 2008, str. 176).

- **ZAMĚSTNÁVÁNÍ**

Právo na práci má každý bez rozdílu. „*Seberealizace a s ní související uplatnění na trhu práce je u lidí se zdravotním postižením daleko obširnější, protože předpokladem její úspěšnosti je správná lokalizace, podchycení i programové rozvinutí těch vloh a schopností handicapovaného člověka, které nejsou omezeny nebo deformovány defektem, nemocí či úrazem.*“ (Novosad, 1997, str. 22). Zaměstnání lidem přináší nejenom finanční ohodnocení a sebeuplatnění, ale rozvíjí řadu dovedností a schopností, vytváří řadu nových statusů a rolí, udržuje člověka v kontaktu s lidmi, zachovává pravidelný časový rozvrh a udržuje pocity jistoty.

Naopak při nezaměstnanosti dochází k úbytku mnoha schopností, po individuální stránce postupně dochází ke ztrátě návyků, vnímání času až k přivyknutí na situaci, kdy člověk sám o sobě smýšlí jako o nezaměstnatelném a svou roli nezaměstnatelného přijímá. Mareš (2002) k tomu zmiňuje, že nezaměstnaný člověk se zdravotním postižením, je tak postižen dvakrát, jak postižením nezaměstnanosti, tak postižením zdravotním. I přesto, že zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru, mají povinnost plnit náhradní plnění, mimo jiné zaměstnáváním lidí se zdravotním postižením v podílu 4%, mnoho jich využívá ostatní možnosti. Čímž může být nákup zboží a služeb z chráněných dílen, či odvody do státního rozpočtu. Bohužel skupina lidí se zdravotním postižením patří mezi skupiny, které jsou nejvíce ohrožené nezaměstnaností.

Lidé se zdravotním postižením mají možnost zaměstnání na chráněném pracovním trhu. Tato pracovní místa, bývají vytvářena na míru specifickým potřebám lidí, kteří nevládají práci na otevřeném pracovním trhu. Paradoxně v chráněných dílnách často najdeme lidi, kteří podceňují své schopnosti pracovat v běžných podmínkách.

Na poli zaměstnávání na otevřeném trhu práce pomáhá těmto lidem především služba podporovaného zaměstnávání, která je zahrnutá pod sociální službu sociální rehabilitace. Pracovní konzultanti pomáhají naplnit znevýhodněným představu o zaměstnání, komunikují se zaměstnavateli a snaží se pro člověka s handicapem vytvořit

pracovní místo co nejvíce kompenzující jeho postižení. Po nalezení vhodného zaměstnání služba poskytuje asistenci na pracovišti, která pomáhá zaměstnanci s handicapem se lépe a rychleji adaptovat do pracovního procesu i kolektivu.

Aktivní politika zaměstnanosti nabízí další výhody, například rekvalifikace, příspěvek na zapracování, podporu při zaměstnávání zdravotně postižených, daňové úlevy, apod. Úřady práce nabízejí pro zaměstnavatele například možnost zřízení společensky účelného pracovního místa, na které přispívá finanční prostředky. Ve společnosti panuje zpravidla mýtus, že lidé s postižením nejsou zaměstnatelnými, nebo také to, že když pobírají invalidní důchod, pracovat nepotřebují. Opak je pravdou, negativní důsledky dlouhodobé nezaměstnanosti se mohou dotknout kohokoliv. Při využití vhodných sociálních služeb, kompenzačních pomůcek a vstřícného postoje zaměstnavatelů se i lidé s handicapem mohou uplatnit na otevřeném trhu práce.

- **PŘÍSTUP K INFORMACÍM, KOMUNIKACE**

V dnešní době, kdy se vše rychle mění, je potřeba získávání informací ve správném čase a správným způsobem stále důležitější. I při velkém technologickém a mediálním pokroku se v této oblasti objevují pro lidi se zdravotním postižením obtíže. Krhutová (in Michalík, 2010) se zmiňuje o několika konkrétních situacích, například kdy úřední deska, či označení kanceláří je příliš vysoko, písmo je příliš malé, nečitelné, orientační systémy jsou zmatené, nebo neaktuální, a mnoho dalších.

Slowík (2010) upozorňuje, že bariérou mezi lidmi s handicapem a většinovou společností je nevyhovující a neúčinná komunikace. (Slowík, 2010, str. 9). Nejen na straně zdravých jedinců se objevují komplikace, ale k nerovnoměrné komunikaci přispívá i člověk s handicapem. Jako typický příklad Slowík uvádí pojem Schulz von Thuna (2005) „*demonstrativní sebe snižování*“ které se projevuje záměrným podceňováním vlastní osoby, které je dáváno vizuálně najevo, například kvůli chtěným úlevám, což může jeho situaci ještě více prohlubovat. Problém může nastat i v interpretaci slyšených slov, kdy postižený slyší jen to, co chce on sám, nebo si slyšená slova vykládá už dopředu útočně proti své osobě. Schulz von Thun (2005), pro označení této situace používá pojem „*naslouchat významovým uchem*“. „*Snad nejvýraznější komunikační obtíže mnoha lidí se zdravotním postižením resp. sociálním znevýhodněním, jsou ovšem způsobeny problémy*

se srozumitelností projevu.“ (Slowík, 2010, str. 16). V tomto případě může být problém ve snížených dovednostech něco jasně vyjádřit a říci nebo něčemu řečenému porozumět.

Na druhé straně, jak už bylo zmíněno, se objevují problémy i ze strany „nepostiženého“ komunikačního partnera. Určitou roli na této straně hrají předsudky či stereotypy vůči lidem s handicapem. Slowík (2010) upozorňuje, že vzhledem ke svým charakteristikám ve znacích a projevech může někdo smýšlet o postižených jako o „*zvláštní sociální skupině*“, „*ačkoli oni sami se ne vždy hlásí ke statusu sociální minority a často ani žádné typické znaky jejich příslušníků nevykazují.*“ (Slowík, 2010, str. 17). Další bariérou zmíněnou Schulz von Thunem je *rozpornost sdělení*, jedná se o situaci, kdy vyřčená slova nejsou v korelaci s neverbálními projevy těla. Stává se, že člověk o něčem hovoří a při tom vyjadřuje svými gesty či mimikou nesouhlas, nadřazenost či lítostivost. Tento rozpor mezi verbálním a neverbálním projevem je většinou poznat a působí negativně na přijímajícího (Slowík, 2010, str. 17 - 18). Dobré komunikaci může bránit také netrpělivost, neznalost komunikačních bariér či komunikačních zvláštností, neadekvátní uvážení slov, struktury, a mnoho dalších. Správné použití slov, času a porozumění, udělá v komunikaci mnoho a nemusí záležet na tom, zda v komunikaci na jedné straně stojí handicapovaný či nikoliv.

• DISKRIMINACE

Mnoho autorů zabývajících se tématem zdravotně postižených osob (Michalík, Krhutová, Tomeš, apod.) zahrnují do svých textů i oblast diskriminace. Ta je jednoznačně spojená se zdravotním postižením historii a patří k ožehavému a diskutovanému tématu současnosti.

Diskriminace je opakem rovnosti a rovného přístupu. Bývá založena na základě nějaké odlišnosti. Je to rozlišování mezi někým či něčím. „*Diskriminace se dnes nechápe jako neutrální rozlišování nebo výběr, je vnímána jako znevýhodňování a omezování práv, které je založeno na iracionálních či neoprávněných důvodech.*“ (Krhutová, 2008, str. 34). Je to relativně široký pojem, který je různě vykládán. Běžně je klasifikována jako zjevná a skrytá diskriminace, a jako přímá a nepřímá diskriminace. Krhutová upozorňuje, že záleží také na subjektivním vnímání, zkušenostech a na situacích, kdy se diskriminace děje. Proto je tato oblast velice problematická.

Diskriminace osob se zdravotním znevýhodněním je tedy výrazem odlišného chování, zacházení a znevýhodňování vůči ostatním lidem. Michalík (2011) shrnuje historický diskriminující vztah společnosti k lidem s postižením, kteří bývali často odsunuti na kraj společnosti. *„Možnosti vzdělávání (zejména mentálně postižených), sociální péče či služby, podpora rodin se zdravotně postiženým členem, to vše bylo na velmi nízké úrovni.“* (Michalík, 2011, str. 46).

V dnešní době je u lidí se zdravotním postižením nerovný přístup a diskriminace ožehavým tématem. Tomeš dodává, že jde také o „nerovné zacházení a nerovné příležitosti.“ (Tomeš, 2011, str. 163). Na poli právního rámce České republiky, najdeme opatření proti diskriminaci v Antidiskriminačním zákoně č. 198/2009 Sb. Tento zákon navazuje na Listinu základních práv a svobod a mezinárodní smlouvy. Zakazuje diskriminaci v oblasti zaměstnávání, výdělečné činnosti, odměňování, členství v odborných organizacích či profesních komorách. Dále u sociálního zabezpečení, sociálních výhod, přístupu ke zdravotní péči, ke vzdělání, přístupu ke zboží a službám. Diskriminací je v rámci tohoto zákona myšleno „jednání, včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci“, a to kromě jiného i z důvodu zdravotního postižení.

2.2 Postoje zdravotně handicapovaných k sobě samým

Autorky Koláčková a Kodymová (in Matoušek, 2010) se zmiňují o výsledcích provedených výzkumů mezi zdravotně postiženými, které ukazují, že sami chtějí být autonomní, nechtějí žít v ústavech, kde je k nim přistupováno s despektem, chtějí žít ve společnosti nejbližších, vést život jako ostatní, někde bydlet, někde pracovat, trávit volný čas podle svého uvážení, apod.

„Zdravotní postižení vnáší do života lidí, kteří se s ním narodili nebo jej získali v průběhu života, potřebu vyrovnat se s touto rolí. To jakým způsobem se s ní člověk vyrovná, zda se s ní ztotožní, či ji odmítne, včetně důsledků tohoto přijetí či nepřijetí, závisí do značné míry na aktuální úrovni zralosti jeho osobnosti.“ (Krhutová, 2013, str. 76). Goffman (2003) se zmiňuje o příkladech, kdy lidé s handicapem se snaží napravit svou situaci tím, že vyniknou v činnostech, které jsou považovány za nedostupné pro určitá postižení. S příklady takových lidí se setkáváme poměrně často, jsou například lidé

s tělesným postižením, kteří se naučí znovu plavat, jezdit na kole, vozíčkáři na tanečním parketu, nevidomí, kteří se stanou odborníky na počítače, či mistry v horolezectví, lidé se sluchovým postižením, kteří řídí kamiony, apod.

Goffman také rozebírá, jak o svém postavení a o sobě uvažuje v rámci interakce stigmatizovaný člověk. Obává se, zda se k němu budou lidé stavět na základě jeho stigmatu, a i v případě, že chování bude v rovině pozitivní, takový člověk pozná, že to může být jen lítostivá reakce a vnímání jeho samotného je úplně odlišné.

3 Pracovníci v pomáhajících profesích

Pomoc druhému člověku je běžnou záležitostí, se kterou se každý ve svém životě setká, vykoná ji, i dostane. Má svou historii, přítomnost i budoucnost. Jak zmiňuje Úlehla (2005), pomoc není žádná věda. Tedy až do té doby, než někdo prohlásí pomoc za poslání a sebe označí jako profesionála na onu pomoc. „*Úkolem profesionálního pomáhání je přispět k tomu, aby se lidem žilo lépe.*“ (Úlehla, 2005, str. 9). Profesionální pomoc přichází až tehdy, když si člověk nedokáže pomoci sám, prostřednictvím svých zdrojů a kontaktů. Odborník na pomáhání zakládá svůj akt pomoci na podložených teoriích, metodách, principech a vědních přístupech.

Pracovníci v pomáhajících profesích nemají jednoduchý úkol, neustále musí přizpůsobovat své myšlení a vnímání každému individuálnímu člověku. Musí sami v sobě kontrolovat, aby k člověku nezaujímalí hodnotící postoj, nekategorizovali, nevytvářeli předsudky a jednali jediné v nejvyšší prospěch toho, komu pomáhají.

Kdo patří mezi pomáhající profese, se dočteme u mnoha autorů (Úlehla 2005, Kopřiva 2006, Michalík 2011, Krhutová 2013, apod.).

Kopřiva (2006) upozorňuje na rozdíl mezi běžným povoláním a pomáhající profesí. V pomáhajících profesích je kromě odbornosti, vědomostí a dovedností důležitý „*lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem.*“ (Kopřiva, 2006, str. 14). Na základě těchto vztahů, pak staví své působení a spolupráci. Autor mezi pomáhající profese řadí především lékaře, zdravotní sestry, pedagogy, sociální pracovníce, pečovatelky a psychology. Zároveň bere na zřetel i další profese, u kterých je potřeba kontakt s lidmi, například kadeřnice, úředník, či advokát. „*Zde však stačí, když se pracovník chová v souladu s konvencí, tj. slušně. Nečeká se od něj osobní vztah.*“ (Kopřiva, 2006, str. 15). Pracovníci v pomáhajících profesích se často setkají s lidmi, kteří na tom nejsou zrovna dobře, mohou být na pomoci závislé, ve vztahu potřebují důvěru, porozumění, bezpečnou atmosféru. „*Bez tohoto rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí.*“ (Kopřiva, 2006, str. 15).

„*Mezi pomáhající profese jsou obvykle řazeni psychologové, lékaři, sociální pracovníci, terapeuti, vychovatelé, speciální pedagogové. Méně často se setkáme i s označením pedagogů jako pomáhající profese.*“ (Michalík, 2011, str. 14).

Michalík zdůrazňuje, že právě pracovníci v pomáhajících profesích *"disponují dostatečnou zkušeností umožňující prezentovat řadu příběhů, situací a poznatků, jež jsou způsobilé zmíněný společensky převládající postoj modifikovat."* (Michalík, 2011, str. 31).

Krhutová mluví přímo o odbornících na postižení ve třech liniích. První linie patří lidem s postižením, druhá osobám blízkým, zejména rodinným příslušníkům. Ve třetí linii najdeme právě pracovníky v pomáhajících profesích, kteří *„rozvíjejí odborné kompetence v závislosti na zaměření konkrétní profese, to znamená svého výběru povolání (učitel, zdravotník, sociální pracovník, psycholog, atd.).“* (Krhutová, 2013, str. 81).

Novosad (2011) upozorňuje na komplikovaný postoj pomáhajícího k lidem s postižením z důvodu nesrozumitelné a nečitelné nemoci. *„Právě porozumění je cestou vedoucí k nepředpojatému a otevřenému přístupu k lidem s tělesným (nejen) postižením, což napomůže i lepší vzájemné komunikaci a ušetří čas i síly oběma stranám.“* (Novosad in Michalík, 2011, str. 181 - 182).

3.1 Rozbor definic pojmů vztahující se ke zdravotnímu postižení

Jedním z hlavních cílů této práce je srovnání postojů profesionálů z jednotlivých vybraných pomáhajících profesí. Abychom pochopili případné rozdíly v odpovědích, je potřeba nahlédnout na to, jak jednotlivé obory definují pojmy týkající se osob se zdravotním handicapem. Pro výzkumnou část byly vybrány profesní oblasti - sociální práce, pedagogika, psychologie a zdravotnictví.

SOCIÁLNÍ PRÁCE - Slovník sociální práce, autora Matouška (2013) používá pojem DISABILITA - „omezená schopnost V češtině zatím málo užívaný a v platné legislativě nezakotvený termín označující přechodné, dlouhodobé nebo trvalé omezení člověka bez ohledu na to, jestli stagnuje, anebo se vyvíjí. D. je v tomto smyslu opakem normy. Může se týkat pohybových schopností, jednotlivých smyslů, schopnosti učit se, mluvit a dorozumívat se, schopnosti navazovat vztahy, sebeobsluhy apod. Příčinou d. jsou zejména dědičnost, nemoci a úrazy.“

Slovník také zpracovává zvlášť termíny HENDIKEP a ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÍ.

PEDAGOGIKA - J. Průcha a kol. je autorem několika slovníků v oblasti pedagogiky. V pedagogickém (2008) a antropologickém slovníku (2014) najdeme stejnou definici pod pojmem **handicap** - „Obecně znamená znevýhodnění jedince v důsledku 1. jeho zdravotního postižení (tělesného, mentálního, smyslového) nebo 2. příslušnosti k určité skupině s nepřizpůsobivými sociokulturními charakteristikami (např. některé etnické menšiny, rodiny zanedbávající výchovu dětí, některé skupiny imigrantů apod.). Handicap často zasahuje negativně jak vzdělávací či profesní dráhu jednotlivce, tak jeho sociální vztahy s okolním prostředím. Míra znevýhodnění závisí na charakteru a závažnosti samotného handicapu a také na pomoci, kterou společnost handicapovaným jedincům poskytuje.“

V pedagogickém slovníku (2008) najdeme navíc pojem **postižený** - jedinec postižený nějakým druhem trvalého tělesného, duševního, smyslového nebo řečového poškození, které mu bez speciální pomoci víceméně znemožňuje splňovat požadavky běžného vzdělávacího procesu a provozu. Výchova a vzdělání postižených jsou zčásti organizovány ve speciálních školách a zařízeních. Z pedagogického hlediska jde o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

PSYCHOLOGIE - asi jeden z nejznámějších a nejcitovanějších psychologických slovníků, je od autorů Hartl, Hartlová. V tomto slovníku z roku 2010 nalezneme počeštělý pojem HENDIKEP, v závorce za pojmem autoři užívají anglický překlad pojmu, tedy handicap „dle doporučení WHO znevýhodnění jedince, které zamezuje n. omezuje výkon jeho normální role, jde o sociokulturně ovlivnitelný důsledek přímo neovlivnitelného poškození nebo postižení, míra v níž je postižený jedinec hendikepován, je tedy dána tím, nakolik mu společnost vytvoří podmínky pro překonávání důsledků postižení, nakolik pomoc okolí odpovídá závažnosti poruchy: např. vozíčkář je hendikepován v prostředí s množstvím architektonických bariér, zatímco v bezbariérovém prostředí sice zůstává postižený, ale v mnoha ohledech není nijak znevýhodněný, pro svou vázanost na sociální kontext není h. užíván jako základní součást dg., dva jedinci se stejným postižením se mohou cítit rozdílně hendikepováni mj. i v důsledku toho, že každý z nich má psychologicky jinou úroveň adaptability.“

Dále v tomto slovníku najdeme i pojem **POSTIŽENÍ** (affliction, disability) - „jakákoli porucha, duš., n. tělesná, dočasná, dlouhodobá n. trvalá, anebo hendikep, který

jedinci brání účinně se přizpůsobit běžným nárokům života“, a odděleně i pojem POSTIŽENÍ ZDRAVOTNÍ (handicap) - „dlouhodobý n. trvalý stav, který nelze léčbou zcela odstranit, lze však nepříznivý dopad p. z. zmírnit soustavou promyšlených opatření“.

ZDRAVOTNICVÍ - Ve velkém lékařském slovníku z roku 2009, kde najdeme tisíce hesel na více než tisíci stránkách, je zmíněn pouze pojem **disabilita**, jako „porušená schopnost, nejčastěji ve smyslu invalidity, handicapu v oblasti hybnosti (motorické), smyslového vnímání (senzorické) či myšlení (kognitivní)“.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MFK) vytvořená Světovou zdravotnickou organizací používá termín „**postižení (disabilita)**“ a „zdravotně postižení“. Publikace definuje disabilitu, jako „snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.“ (MFK, 2011, str. 7). To znamená, že důraz je kladen na situaci člověka ve vztahu k prostředí a společnosti.

3.2 Výzkumy postojů ke zdravotně znevýhodněným

Měření postojů je velmi obtížné a ve většině případů ne vždy přesné. Hayesová (1998) upozorňuje na to, že respondenti mohou při odpovídání na otázky být ovlivněni touhou ukázat se v lepším světle. V jiném případě už dopředu přemýšlejí, co chce asi tazatel zjistit a podle toho také odpovídají. V minulosti bylo vytvořeno několik metod měření, které používají výzkumníci ke zjišťování postojů. Mezi ně patří Likertova škála, sociometrie, sémantický diferenciál, Bogardova škála sociální vzdálenosti a analýza rozhovoru.

Anglický autor Hrone (1985) hovoří o tom, že postoje vůči handicapovaným se dají měřit mnoha nástroji. Hlavním typem bývá škálové měření. Nejčastěji bývá používána stupnice pěti možností, kdy na koncích jsou odpovědi typu „ano ne“, mezistupněm slovo „asi“ - které umožňuje pochybovat a uprostřed stupnice - neutrální nevím/ nejsem si jist, a podobně. (Hrone: 1985, str. 26 - 28). Ve své knize také shrnuje několik desítek výzkumů týkající se postojů vůči handicapovaným lidem, které ukazují více negativních postojů, než těch pozitivních. Příčinu vidí v zakotvených stereotypních vzorcích, zakořeněných ve společnosti. A rozdílné to není ani u profesionálů - z výzkumů bylo například zjištěno,

že mnoho učitelů je ve stresu z toho, že budou mít ve třídě žáka s jakýmkoliv postižením, současně ale zaznamenali význam vzdělání, které zvyšuje akceptaci těchto žáků.

Zajímavým faktem je zjištění, že postoje profesionálů ovlivňuje především jejich obava z toho, jak budou umět pracovat s handicapovaným člověkem, kdežto u vrstevníků, jde především o „nálepku“, chování, atraktivnost a sociální pozadí handicapovaného. Další výzkumy zase ukazují vliv médií a jejich postoj vůči handicapovaným. Z těchto výzkumů vyplývá, že média neukazují handicapované příliš často, a pokud ano, často to bývá v negativním obraze. Nejčastěji to bývá duševní onemocnění či nějaká tělesná deformace, které jsou přiřazeny k postavám negativním, zlým a kriminálním (Horne: 1985, str. 63 - 145).

V roce 2012 byla vypracována diplomová práce autorkou R. Koumarovou na téma *Postoj dnešní mládeže k lidem s postižením s cílem zjistit, jak je dnešní mládež obeznámena s pojmy v rámci tématu postižení a jaké konkrétní postoje mládež k postiženým zaujímá. Z dotazníkového šetření mezi mládeží bylo zjištěno, že podle názorů respondentů převažuje pozitivní vztah k lidem s handicapem. „Jako nejtěžší postižení pro člověka uvedlo nejvíce respondentů mentální a tělesné postižení.“* (Koumarová, 2012, str. 94). Na stejné téma, ale s větším věkovým rozsahem byl proveden výzkum postojů „společnosti“ vůči zdravotně postiženým lidem autorkou Pilátovou. Výzkumné šetření bylo provedeno na 120 respondentech, mezi 14 až 75 lety. Výsledkem byl opět závěr, že postoj společnosti k OZP je spíše kladný. Na druhou stranu se objevil u kategorie 14 - 20 let převládající názor, že děti se zdravotním postižením by se neměly vzdělávat společně s dětmi zdravými.

V České republice se setkáme především s výzkumy mládeže a společnosti ke zdravotně znevýhodněným. V zahraničí, kromě výzkumů postojů společnosti, proběhlo mnoho výzkumů i mezi profesionály. Nejčastěji uváděné výzkumy na toto téma jsou v oboru zdravotnictví, a to jak mezi studenty, tak odborníky. Další průzkumy proběhly i v rámci oboru pedagogiky, nejfrekventovaněji spojené s integrací zdravotně postižených do běžných škol.

V rumunském výzkumu (Micula, 2014) na téma postojů k osobám s postižením bylo zjištěno, že většina respondentů odpověděla kladně na otázku, zda lidé s postižením

jsou diskriminováni, a většina z nich podporuje větší integrace postižených do společnosti. Na otázku, jak znají problematiku disability, většina respondentů odpověděla, že mají velmi malé znalosti tohoto tématu, což zdůraznilo potřebu větší informovanosti.⁹

Podíváme-li se mimo Evropu, v Jižní Koreji (Kim, Lu, Estrada-Hernandez, 2015) byl proveden průzkum, který zahrnoval i vztahy a postoje vůči zdravotně postiženým lidem. Úvodem se v teorii autoři zmiňují o proběhnutých starších výzkumech u vysokoškolských studentů, ve kterých bylo zjištěno, že kromě jiných důvodů, v 35%, lidé s handicapem ukončili předčasně vysokoškolské studium z důvodu problémů ve vztazích s lidmi bez handicapu. Autoři předpokládají, že většina negativních postojů pramení z nedostatku znalostí tématu zdravotního postižení. Také se zmiňují o dalších provedených výzkumech, ve kterých bylo zjištěno, že lidé věřící mají mnohem příznivější postoje vůči těmto lidem. Sami autoři, pak zkoumali u vysokoškolských studentů postoje, které rozdělili na tři složky - poznávací, citovou a behaviorální a zkoumali, zda se mezi nimi objeví nějaké rozdíly. Závěrem bylo, že i přesto, že u behaviorální složky se objevilo více negativních odpovědí, statisticky významné rozdíly se neobjevily (Kim, Lu, Estrada-Hernandez, 2015, str. 23-37).

Výzkum, který proběhl v Izraeli a Turecku (Ozer, Nalbant, 2013), sleduje učitele tělocviku a jejich postoje vůči zdravotně postiženým. Autoři výzkumu zkoumali vzorek učitelů tělocviku a jejich postoje vůči zdravotně postiženým. Na základě vytvořených hypotéz zjistily, že se neobjevují žádné velké rozdíly mezi postoji mužů a žen a také byla potvrzena hypotéza, že mladší učitelé jsou mnohem více nakloněni integraci zdravotně postižených do běžných škol. Autoři vidí změnu v doplnění studijních osnov o základy inkluze dětí s handicapem. (Ozer, Nalbant, 2013, str. 1001-1013).

⁹ Dostupné na: <http://www.cceol.com/aspx/issuedetails.aspx?issueid=6e8efd03-458a-440e-bc02-fe855716c9c9&articleId=1e954da1-e77f-402b-a55b-bc2dbea8da42>

4 Výzkumná část

Studenti i pracovníci v oblasti pomáhajících profesí se během svého studia i pracovní praxe dostávají do styku s mnoha typy lidí. Jednou z cílových skupin těchto profesí jsou i lidé s postižením, a právě na ty se tato práce zaměřuje.

V minulosti proběhlo už mnoho výzkumů, které se zaměřují na postoje vůči různým cílovým skupinám. Jelikož postoj je utvářen mnoha faktory, jak již bylo zmíněno v první části této práce, je proměnlivý a v publikacích autoři upozorňují na potřeby dalšího zkoumání této oblasti, je i tato práce zaměřena na postoje lidí - profesionálů v pomáhajících profesích vůči lidem s postižením.

Výzkum se zaměřuje na čtyři profesní skupiny - pracovníci a studenti v oblasti pedagogiky, psychologie, sociální práce a zdravotnictví.

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je srovnání postojů vybraných profesních oblastí a zjištění, zda se mezi nimi objeví rozdíly.

Dále výzkumná část sleduje, jak se odborníci staví k různým obtížným i běžným situacím v životě člověka s postižením, zda se objevují spíše pozitivní či negativní postoje vůči handicapovaným a jaké postižení podle profesionálů, omezuje člověka v běžném životě nejvíce.

4.2 Metodologie

Zkoumání bylo provedeno pomocí kvantitativní metodologie, pomocí techniky dotazníku. První část dotazníku byla zaměřena především na demografické údaje s otevřenými i uzavřenými otázkami k identifikaci respondentů. Druhá část dotazníku obsahovala instrument - validizovanou škálu pro českou populaci k měření postojů - The Attitudes to Disability Scale (ADS), vytvořenou mezinárodní skupinou expertů WHOQOL-DIS Group. Vytvořená škála může využívat pro vyhodnocování postojů lidí s mentálním i s tělesným postižením. (Power, Green a The WHOQOL-DIS Group, 2010, str. 860). Pro tento výzkum byly použity otázky zaměřené na obecnou populaci.

Dotazník byl vytvořen v elektronické podobě na webových stránkách pod názvem - dotaznik.oslej.com (ukázka viz příloha 5). Tento dotazník byl nejprve emailem rozeslán 10 respondentům s žádostí o vyplnění a doporučení, zda jsou všechny otázky srozumitelné. Podle odpovědí byl potom dotazník upraven a rozeslán na 200 emailových adres přístupných na internetu v různých databázích. Emailové adresy byly vybírány z webových stránek škol a dalších pedagogických zařízení pro profesionály z oblasti pedagogiky, pomocí registru sociálních služeb pro pracovníky sociální práce, z psychologických poraden a kontaktů soukromých psychologů pro oblast psychologie a zdravotnická a nemocniční zařízení pro pracovníky ve zdravotnictví. Současně byli osloveni i někteří studenti těchto vybraných oborů, a to pomocí sociální sítě Facebook, přes kterou jim byl rozeslán odkaz dotazníku s prosbou o vyplnění.

Jelikož už na počátku bylo zřejmé, že bude složité dostat se k tolika odborníkům, byla součástí posílaného emailu prosba o přeposílání dotazníku dalším kolegům a známým z oblasti pedagogiky, psychologie, sociální práce a zdravotnictví.

Dotazník byl nastaven tak, aby se uzavřel pro každou z oblastí, pokud bude zaznamenáno 50 navracených vyplněných dotazníků, aby se odpovědi profesních skupin daly porovnávat. První naplněnou skupinou byla oblast sociální práce, poslední oblast zdravotnictví. Dohromady se podařilo získat 200 vyplněných dotazníků.

Výsledky instrumentu byly vyhodnoceny v rámci čtyř domén, které byly vytvořeny skupinou WHOQOL - DIS Group na základě psychometrických charakteristik položek. Jedná se o souhrnná témata, vždy pro čtyři tvrzení, z celkových šestnácti - inkluze, diskriminace, příležitosti a perspektiva.

4.3 Cílová skupina

Cílovou skupinu výzkumné části tvoří pracovníci a studenti z pomáhajících profesních oblastí - pedagogika, psychologie, sociální práce a zdravotnictví. Cílem bylo získat respondenty z řad mužů i žen napříč celou Českou republikou, různého věku, pracovních zkušeností i konkrétního pracovního uplatnění.

4.4 Analýza výzkumného šetření

Celkem bylo do výzkumu zahrnuto dvě stě vyplněných dotazníků, rozdělených po padesáti do čtyř profesních skupin - pedagogika, psychologie, sociální práce a zdravotnictví.

V první části výzkumu byla u respondentů zjišťována demografická data - věk, kraj, profese, roky praxe působící v konkrétní pracovní oblasti, vystudovaný obor a vzdělání. Dále, zda v současné době pracují s lidmi se zdravotním postižením, jaké postižení omezuje člověku nejvíce fungování v běžném životě a zda se ve svém okolí s těmito lidmi běžně setkávají.

Druhá část dotazníku se týká už samotných postojů, kdy respondentům byly předkládány různé výroky, týkající se života lidí s postižením a oni odpovídali, pomocí škály s pěti možnostmi od „naprosto nesouhlasím“ po „naprosto souhlasím“.

4.5 Výsledky výzkumného šetření

Pohlaví:

Z celkového počtu respondentů 200 odpovědělo na otázky 186 žen a pouze 14 mužů. To znamená, že více jak 90% dotazníků vyplnily ženy. Po rozdělení respondentů podle oborů, bylo zjištěno, že v oblasti sociální práce nevyplnil dotazník ani jeden muž. To může mít příčinu, že v této oblasti se vyskytuje zpravidla méně mužů než v jiných oborech. Nejvíce mužů (6) odpovědělo za oblast zdravotnictví.

Věk:

Věkové rozpětí respondentů je od 20 roků po 68 roků. Největší počet odpovídajících bylo do 30 let - 72 (36%). Ve věkové skupině 31 - 45 let bylo 61 osob (30,5%), ve věkové skupině 46 - 60 let - 59 osob (29,5%), ve věku 61 a více - 8 osob (4%). Průměrný věk celkového počtu respondentů je 38, 39 let.

Porovnání 1 - věkové složení respondentů

PROFESNÍ OBLAST	PRŮMĚRNÝ VĚK	NEJNIŽŠÍ VĚK	NEJvyšší VĚK
pedagogika	36,40	21	65
zdravotnictví	39,32	23	68

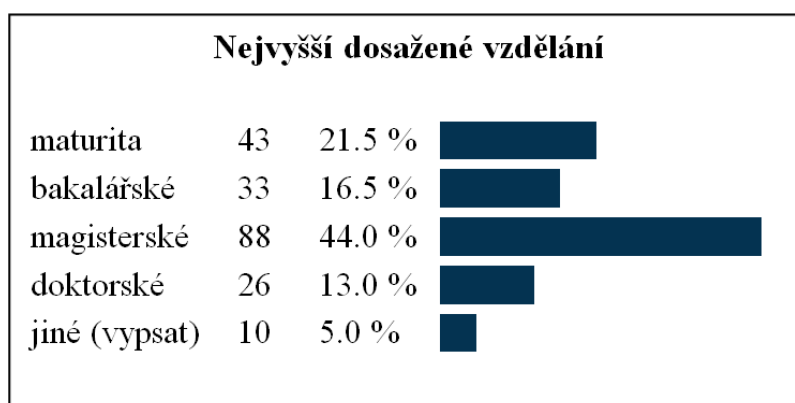
sociální práce	34,88	23	63
psychologie	42,98	20	68
CELKEM	38,39	20	68

(ANOVA TEST) $F = 4,148$, $p = 0,007$

Při rozdělení odpovídajících podle profesních oblastí, můžeme pozorovat, že pracovníci v oblasti psychologie byli významně starší než pracovníci v oblasti sociální práce.

Nejvyšší zastoupené vzdělání:

Respondenti měli na výběr vzdělání od maturitního vzdělání po doktorské. Nejméně byla zaznamenána odpověď „jiné“ - 10 (5%), kde odpovídající doplnili, že jejich nejvyšším dosaženým vzděláním je vysoká odborná škola (VOŠ) a nejvíce respondentů má vzdělání magisterské - 88 (44%).



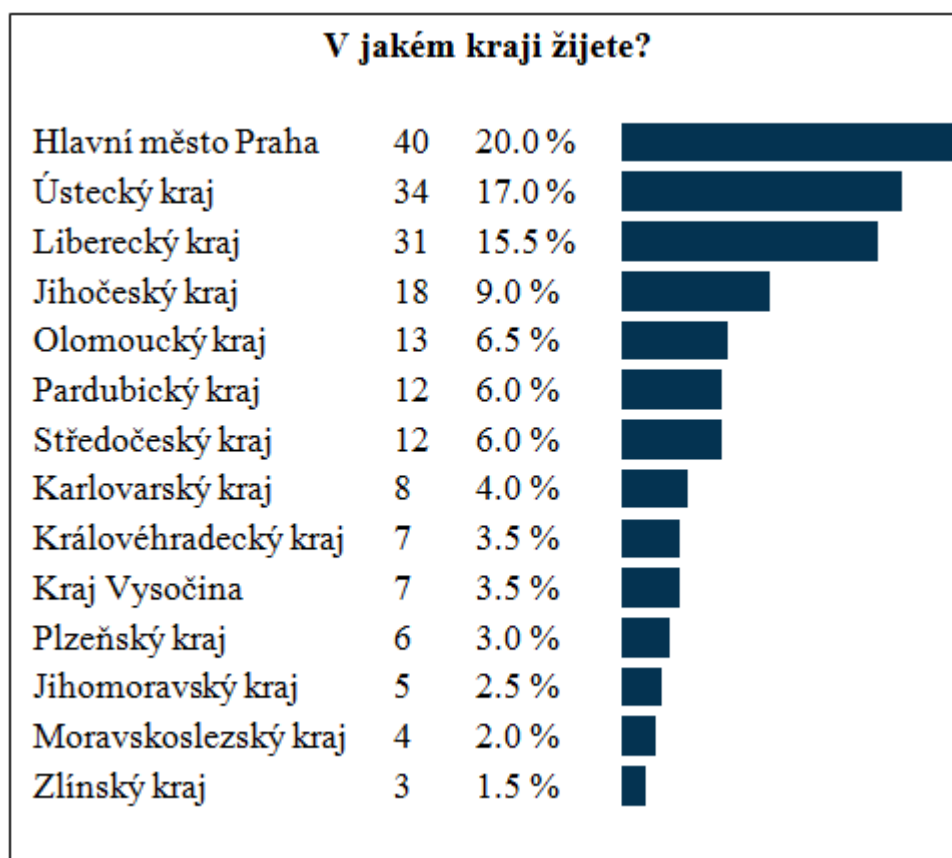
Obrázek 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Když porovnáme vzdělání respondentů mezi jednotlivými obory (viz příloha 2), ve zdravotnictví dosáhlo nejvíce z nich úplného středního vzdělání zakončeného maturitou (38%). V oblasti pedagogiky bylo nejvíce odpovídajících s magisterským vzděláním (60%). V oboru psychologie bylo zaznamenáno nejvíce osob s doktorským vzděláním (18%). A obor sociální práce zahrnoval nejpočetněji bakalářské vzdělání (32%), na rozdíl od ostatních oborů.

Kraj:

Dotazník vyplnili respondenti z celé České republiky, kteří byli rozřazeni podle jednotlivých krajů. Nejméně lidí bylo ze Zlínského kraje - pouze 3 (1,5%), nejvíce

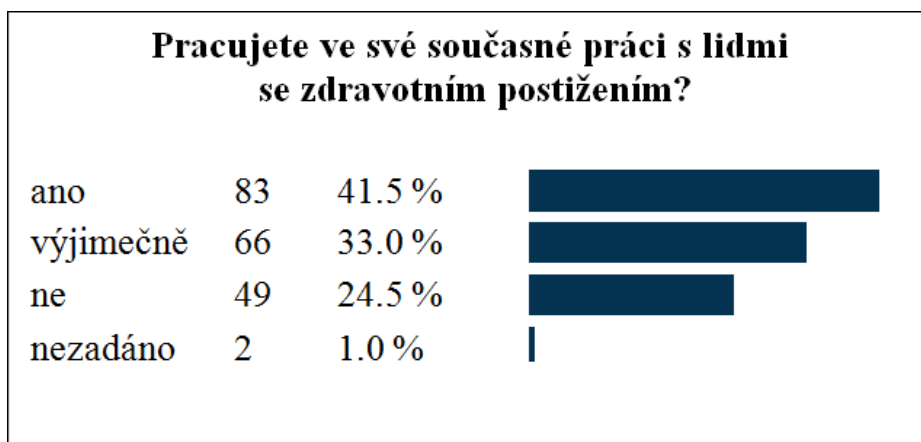
respondentů bylo z hlavního města Prahy - 40 (20%), Ústeckého kraje - 34 (17%) a Libereckého kraje - 31 (15,5%).



Obrázek 3 - Kraj

Kontakt s lidmi s postižením v současném zaměstnání:

Na otázku, zda respondenti pracují ve svém současném zaměstnání s lidmi se zdravotním postižením, odpovědělo nejvíce lidí ANO - 83 (41,5%), 49 (24,5%) jich odpovědělo NE, 66 (33%) zvolilo odpověď Výjimečně a dva lidé na tuto otázku neodpověděli vůbec.



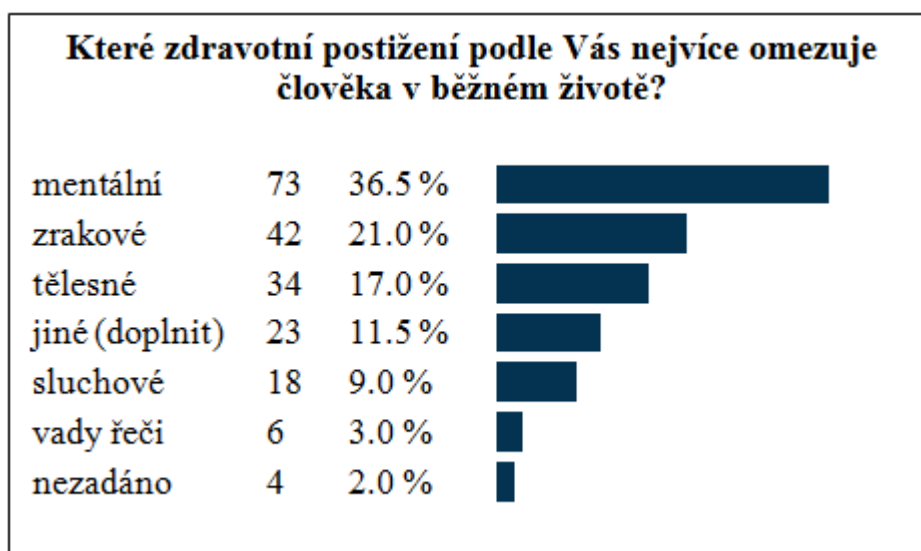
Obrázek 4 - Zkušenost

Po rozdělení odpovědí podle profesních oblastí (viz příloha 3) bylo zjištěno, že v největším počtu pracují ve svém současném zaměstnání s lidmi se zdravotním postižením pracovníci z oblasti sociální práce (52%) s nejméně často pracovníci zdravotnictví (34%).

Postižení, které omezuje člověka v běžném životě:

Dotazník také zjišťoval, které postižení podle respondenta omezuje nejvíce člověka v běžném životě. Čtyři lidé na tuto otázku neodpověděli. Nejméně omezující jsou pro odpovídající vady řeči - 6 (3%) a nejvíce omezující postižení mentální - 73 (36,5%).

Na druhém a třetím místě je nejčastější odpovědí postižení zrakové - 42 (21%) a tělesné - 34 (17%).



Obrázek 5 - Nejvíce omezující postižení

Respondenti, kteří uvedli odpověď „jiné“ nejčastěji doplnili, že nejvíce omezující jsou kombinovaná postižení. Zmíněny byly i duševní onemocnění a specifické poruchy učení.

Pokud rozdělíme odpovědi podle oborů (viz příloha 4), pak odpovědi s nejnižší a nejvyšší hodnotou jsou stejné. V oblasti pedagogiky považuje mentální postižení za nejvíce omezující člověka v běžném životě 42% respondentů. U psychologie označilo mentální postižení jako odpověď na tuto otázku 36 % odpovídajících. V oblasti sociální práce to bylo v průměru nejméně 30% a v oblasti zdravotnictví 38% respondentů.

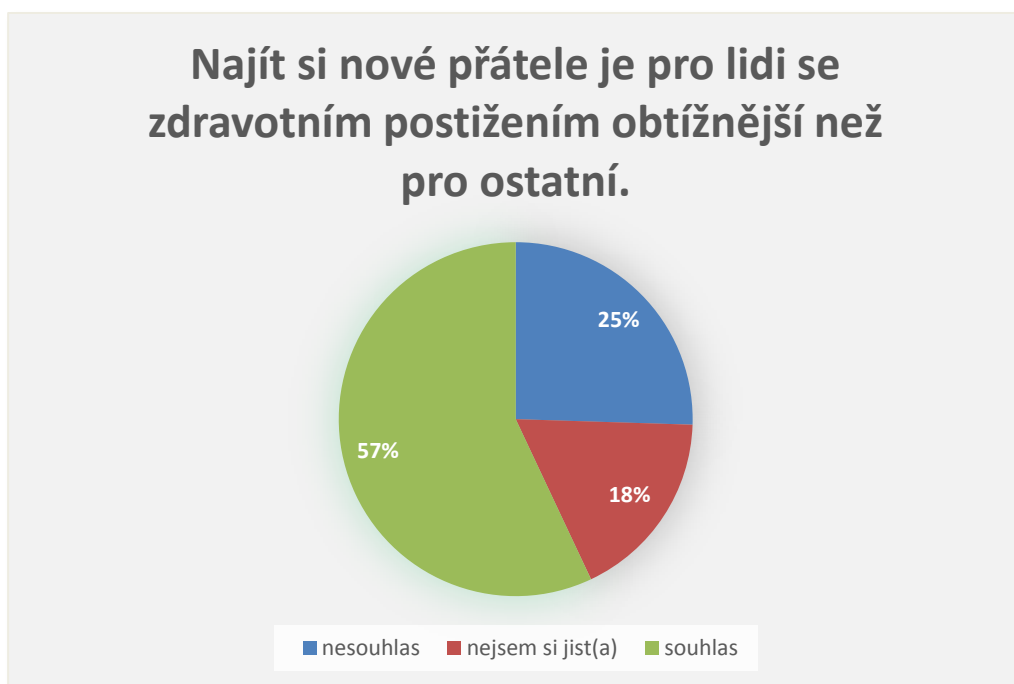
Druhá část dotazníku ADS obsahovala šestnáct uzavřených otázek či tvrzení, na které bylo možno odpovědět pomocí pěti-stupňové škály - (naprosto nesouhlasím - nesouhlasím - nejsem si jist(a) - souhlasím - naprosto souhlasím).

Podle studie „The Attitudes to Disability Scale (ADS)“ autorů již zmíněné The WHOQOL-DIS Group jsou jednotlivá tvrzení rozdělena po čtyřech do čtyř částí: Inkluze (Inclusion), Diskriminace (Discrimination), Přínos (Gains) a Perspektiva (Prospects).

V následující části jsou graficky znázorněny celkové odpovědi všech respondentů a zároveň porovnány odpovědi rozdělené podle čtyř profesních oblastí - sociální práce, psychologie, pedagogika a zdravotnictví. Porovnáním je zjišťováno, zda pracovníci těchto profesí odpovídají odlišně.

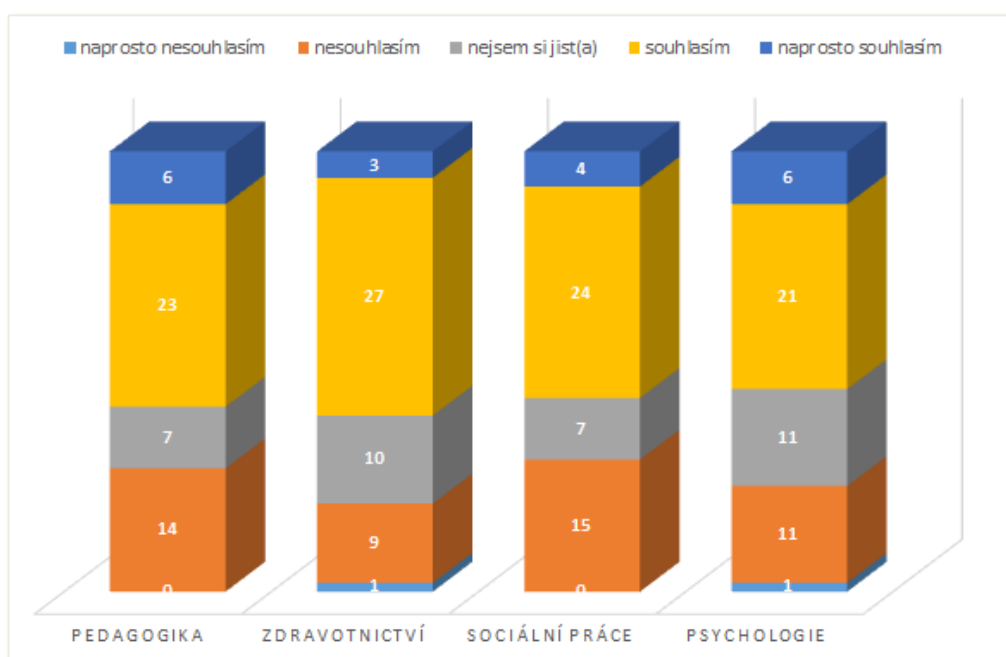
A) Inkluze - v dotazníku tvrzení 1, 2, 5, 6

Najít si nové přátele je pro lidi se zdravotním postižením obtížnější než pro ostatní.



Graf 1 – celkově - souhrn

Souhrnně většina respondentů (57%) uvedla, že souhlasí s tím, že je obtížnější pro lidi se zdravotním postižením najít si nové přátele.



Graf 2 - porovnání odpovědí dle profese

Na předchozím grafu 2 je vizuálně znázorněno porovnání odpovědí podle zkoumaných profesních oblastí. Je patrné, že se žádné významné rozdíly neobjevují.

Tabulka 1 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	1 (2%)	2 (1%)
nesouhlasím	14 (28%)	9 (18%)	15 (30%)	11 (22%)	49 (24,5%)
nejsem si jist(a)	7 (14%)	10 (20%)	7 (14%)	11 (22%)	35 (17,5%)
souhlasím	23 (46%)	27 (54%)	24 (48%)	21 (41%)	95 (47,5%)
naprosto souhlasím	6 (12%)	3 (6%)	4 (8%)	6 (12%)	19 (9,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

Většina respondentů souhlasí (48%) s tvrzením, že najít si nové přátele je pro lidi se zdravotním postižením obtížnější než pro ostatní. Odpověď naprosto souhlasím - označilo 10% respondentů. S tvrzením nesouhlasí 24%, naprosto nesouhlasí pouze 1% a s odpovědí si není jisto 18% respondentů.

Následující tabulka slučuje málo četné krajní volby pětibodové škály, aby bylo možné výsledky porovnat. V souhrnných tabulkách jsou tedy sloučeny souhlasné a nesouhlasné odpovědi.

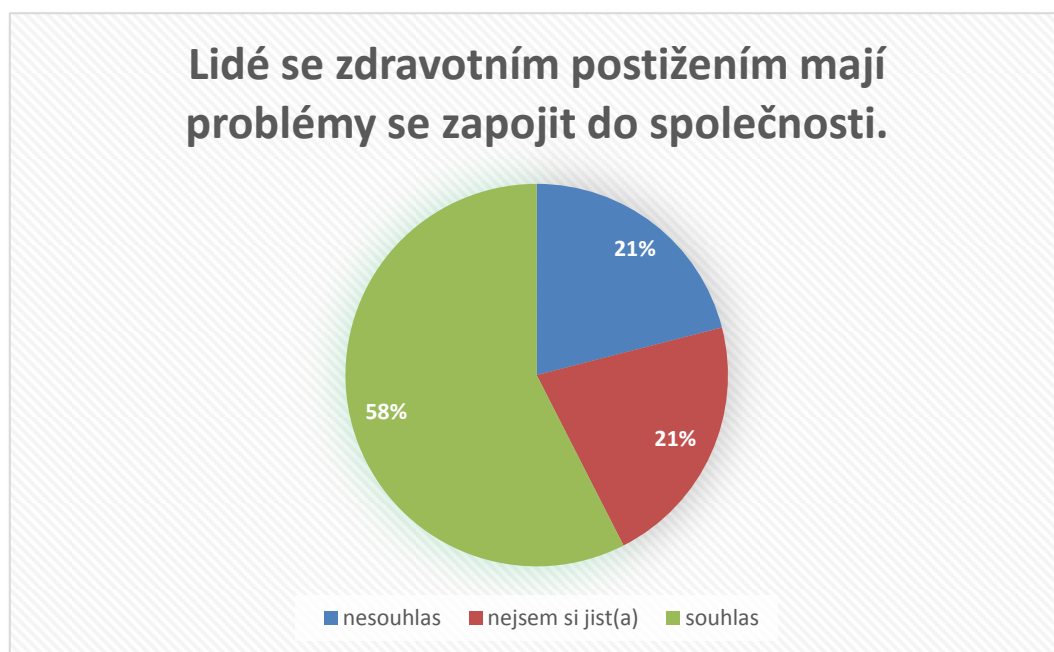
Tabulka 2 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	14 (28%)	10 (20%)	15 (30%)	12 (24%)	51 (25,5%)
nejsem si jist(a)	7 (14%)	10 (20%)	7 (14%)	11 (22%)	35 (17,5%)
souhlas	29 (58%)	30 (60%)	28 (56%)	27 (54%)	114 (57%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 2,789, p = 0,835$$

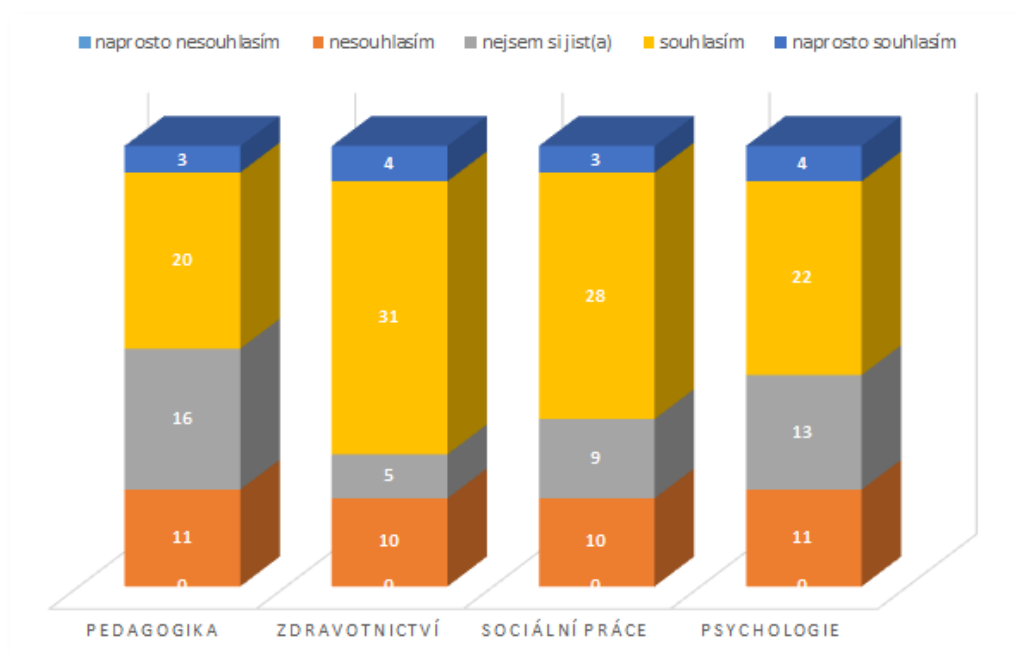
Z porovnání souhrnných odpovědí z tabulky 2 bylo zjištěno, že mezi odpověďmi nejsou statisticky významné rozdíly.

Lidé se zdravotním postižením mají problémy se zapojit do společnosti.



Graf 1 - celkově - souhrn

U druhé otázky jsou odpovědi jednoznačnější. Více jak polovina respondentů (58%) souhlasí s tím, že lidé s postižením mají problémy se zapojit do společnosti. Méně (21%) respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí, stejný počet si v odpovědi nebylo jisto (21%).



Graf 2 - porovnání odpovědí dle profese

V předchozím grafickém znázornění můžeme pozorovat viditelné rozdíly mezi četnostmi odpovědí. Jako jediné tvrzení, toto neobsahuje ani jednu odpověď naprosto nesouhlasím.

Tabulka 3 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	Celkem
naprosto nesouhlasím	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
nesouhlasím	14 (28%)	9 (18%)	15 (30%)	11 (22%)	42 (21%)
nejsem si jist(a)	7 (14%)	10 (20%)	7 (14%)	11 (22%)	43 (21,5%)
souhlasím	23 (46%)	27 (54%)	24 (48%)	21 (41%)	101 (50,5%)
naprosto souhlasím	6 (12%)	3 (6%)	4 (8%)	6 (12%)	14 (7%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

V tomto porovnání odpovědí se objevuje rozdíl především v odpovědích zdravotníků, které se v největší míře přiklání k souhlasu (70%), v případě tvrzení, že pro lidi se zdravotním postižením je obtížné zapojit se do společnosti. V případě nesouhlasu jsou porovnávané oblasti téměř shodné v počtu odpovědí.

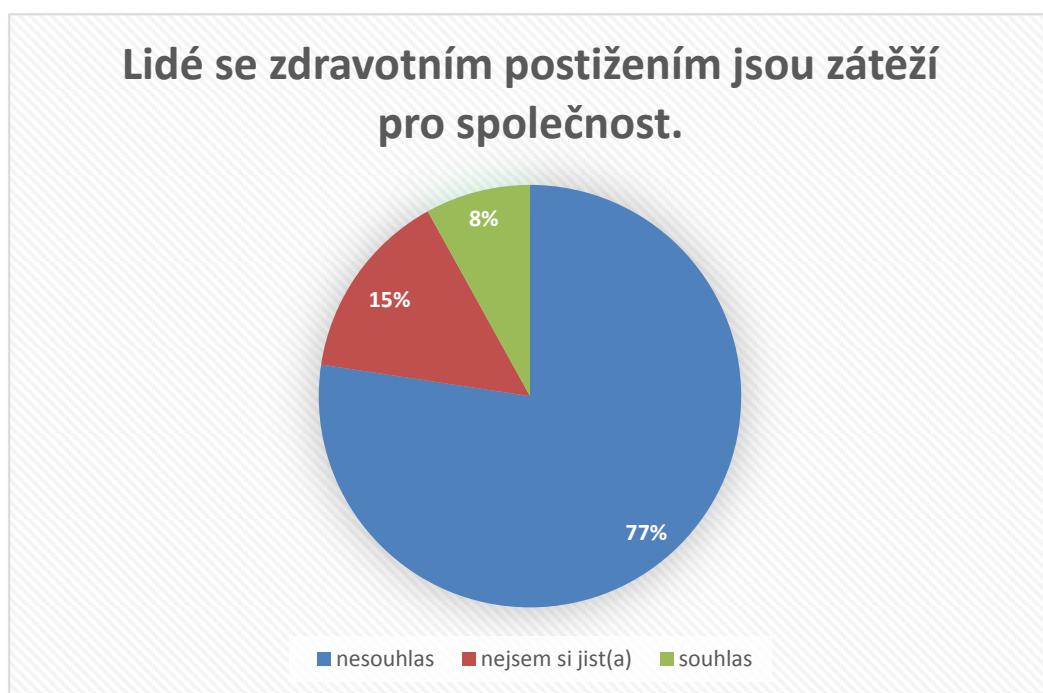
Tabulka 4 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	11 (22%)	10 (20%)	10 (20%)	11 (22%)	42 (21%)
nejsem si jist(a)	16 (32%)	5 (10%)	9 (18%)	13 (26%)	43 (21,5%)
souhlas	23 (46%)	35 (70%)	31 (62%)	26 (52%)	115 (57,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 9,438, p = 0,150$$

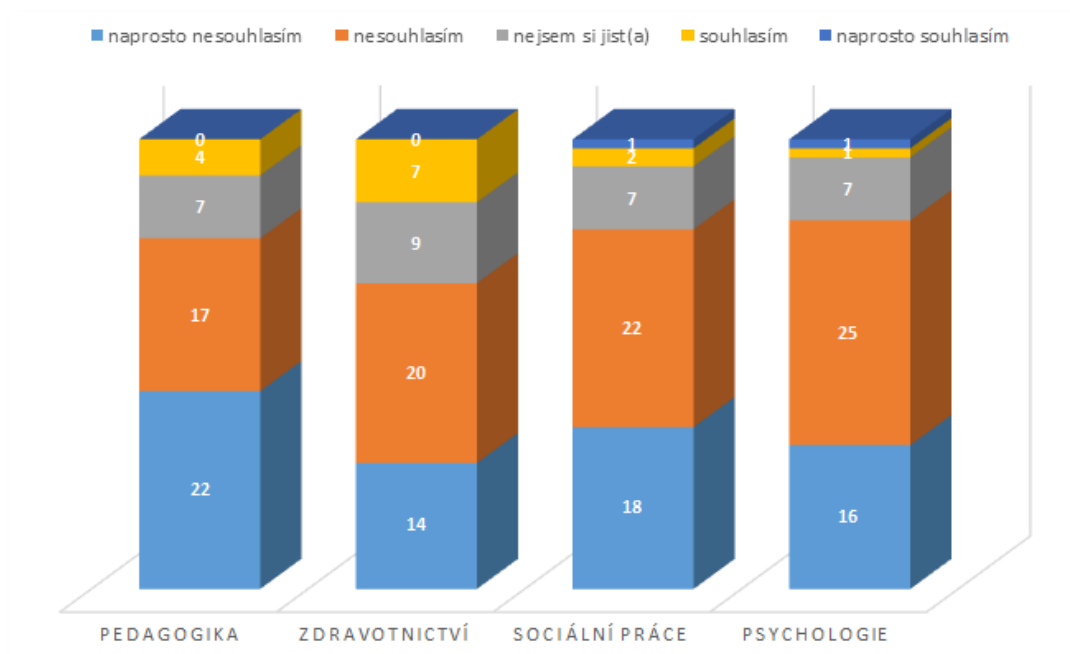
Rozdíly mezi odpověďmi nejsou statisticky významně rozdílné.

Lidé se zdravotním postižením jsou zátěží pro společnost.



Graf 3 – celkově - souhrn

Na první pohled je z odpovědí patrné, že velká většina respondentů (77%) uvedla, že s tvrzením nesouhlasí. Pouze 8% respondentů souhlasilo. A 15% si nebylo jisto.



Graf 4 - porovnání odpovědí dle profese

Tabulka 5 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	22 (44%)	14 (28%)	18 (36%)	16 (32%)	70 (35%)
nesouhlasím	17 (34%)	20 (40%)	22 (44%)	25 (50%)	84 (42%)
nejsem si jist(a)	7 (14%)	9 (18%)	7 (14%)	7 (14%)	30 (15%)
souhlasím	4 (8%)	7 (14%)	2 (4%)	1 (2%)	14 (7%)
naprosto souhlasím	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (2%)	2 (1%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

U tohoto tvrzení zdravotníci nejčastěji připouštějí, že lidé se zdravotním postižením jsou zátěží pro společnost.

Tabulka 6 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	39 (78%)	34 (68%)	40 (80%)	41 (82%)	154 (77%)
nejsem si jist(a)	7 (14%)	9 (18%)	7 (14%)	7 (14%)	30 (15%)
souhlas	4 (8%)	7 (14%)	3 (6%)	2 (4%)	16 (8%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 4,653, p = 0,589$$

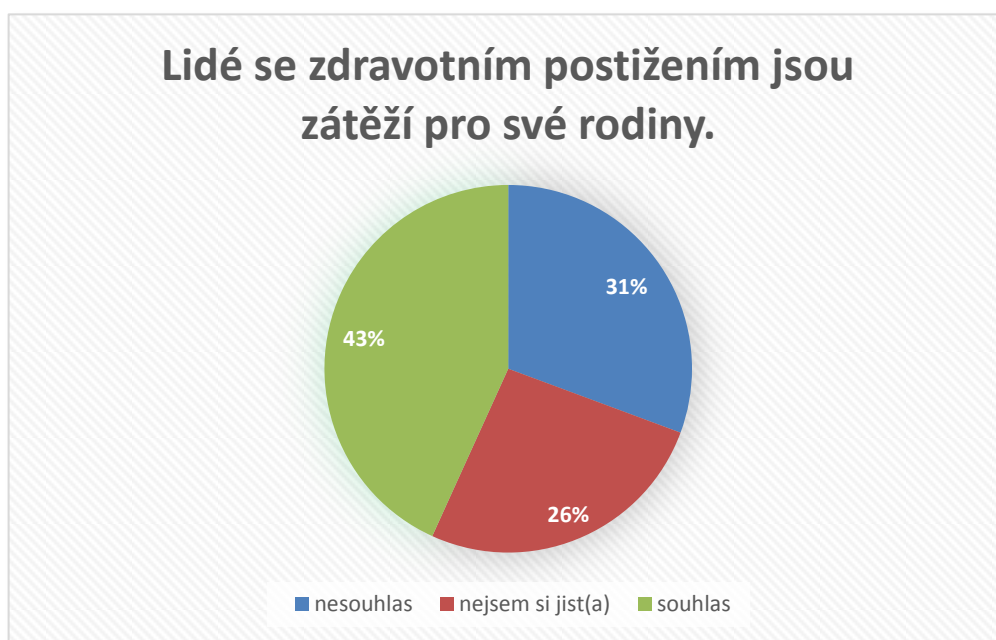
Z grafického znázornění můžeme pozorovat, že se objevují rozdíly v četnosti odpovědí u jednotlivých profesních oblastí, ty ale nejsou statisticky významné.

Otázkou je, jak se nad tímto tvrzením lidé zamýšlejí. Dva respondenti z oblasti psychologie se k této otázce vyjádřili v komentáři. Každý zastupuje jinou stranu odpovědi, ale v komentáři spolu souhlasí.

(Psycholog, 48 let, odpověď: naprosto souhlasím): „Odpověď 5. a 6. není myšlena v negativním smyslu proti lidem s postižením. Podle mého názoru jsou tito lidé zátěží kvůli nutnosti vyrovnávání jejich handicapu - bezbariérový přístup, dávky, péče, léčba, atp. Což je jistým způsobem zatěžující.“

(Studentka psychologie, pracující jako projektová manažerka, 34 let, odpověď: nesouhlasím): *„Nebyla jsem si jista, jak odpovědět u otázek č. 5 a 6. Souhlasím, že jsou zátěží, ne ale v negativním slova smyslu. V mnoha ohledem jsou i vysokým přínosem, jak pro společnost, tak pro rodinu“*

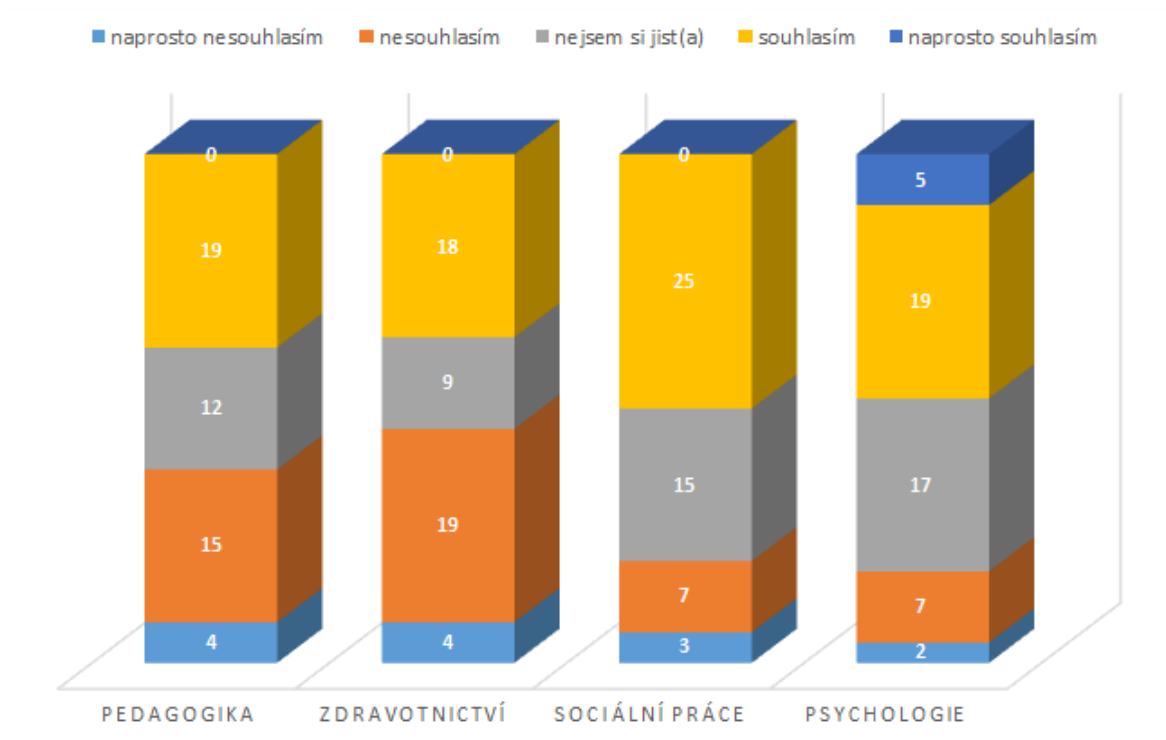
Lidé se zdravotním postižením jsou zátěží pro své rodiny.



Graf 5 – celkově - souhrn

Když porovnáme předchozí tvrzení, je zajímavé, že tentokrát odpovědělo více respondentů opačně a to tak, že souhlasí s tím, že lidé se zdravotním postižením jsou zátěží pro své rodiny (43%). Pouze polovina (31%) z těch, co v předešlé otázce nesouhlasila s tím, že lidé s postižením jsou zátěží pro společnost, uvedla, že nesouhlasí s tím, že tito lidé jsou zátěží pro své rodiny. S odpovědí si nebylo jisto 26% respondentů.

Důvodem takového výsledku by mohlo být, že více lidí předpokládá, že celkově společnost je více kompetentní postarat se o lidi se zdravotním postižením, než samotná rodina, pro kterou taková záležitost může být krizovou zátěží v mnoha oblastech.



Graf 6 - porovnání odpovědí dle profese

Na grafickém znázornění můžeme pozorovat rozdíly mezi četnostmi odpovědí. Vizuálně se odlišují oblasti pedagogika a zdravotnictví od sociální práce a psychologie.

Tabulka 7 - přehled odpovědí podle profese

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	4 (8%)	4 (8%)	3 (6%)	2 (4%)	13 (6,5%)
nesouhlasím	15 (30%)	19 (38%)	7 (14%)	7 (14%)	48 (24%)
nejsem si jist(a)	12 (24%)	9 (18%)	15 (30%)	17 (34%)	53 (26,5%)
souhlasím	19 (38%)	18 (36%)	25 (50%)	19 (38%)	81 (40,5%)
naprosto souhlasím	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (10%)	5 (2,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200(100%)

Podle počtu odpovědí toto tvrzení rozděluje profesní oblasti na dvě poloviny, kdy jedna část souhlasí s tvrzením a druhá půlka s ním nesouhlasí. U oblasti sociální práce a psychologie se objevuje více respondentů, kteří spíše souhlasí s tím, že lidé s postižením jsou zátěží pro své rodiny a nesouhlasí jich o několik méně, než u zbylých dvou oblastí - zdravotnictví a pedagogiky. U respondentů z oblasti psychologie se navíc jako u jediné profesní oblasti objevuje odpověď - naprosto souhlasím.

Tabulka 8 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	19 (38%)	23 (46%)	10 (20%)	9 (16%)	61 (30,5%)
nejsem si jist(a)	12 (24%)	9 (18%)	15 (30%)	17 (34%)	53 (26,5%)
souhlas	19 (38%)	18 (36%)	25 (50%)	24 (48%)	86 (43%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 13,724, p = 0,033$$

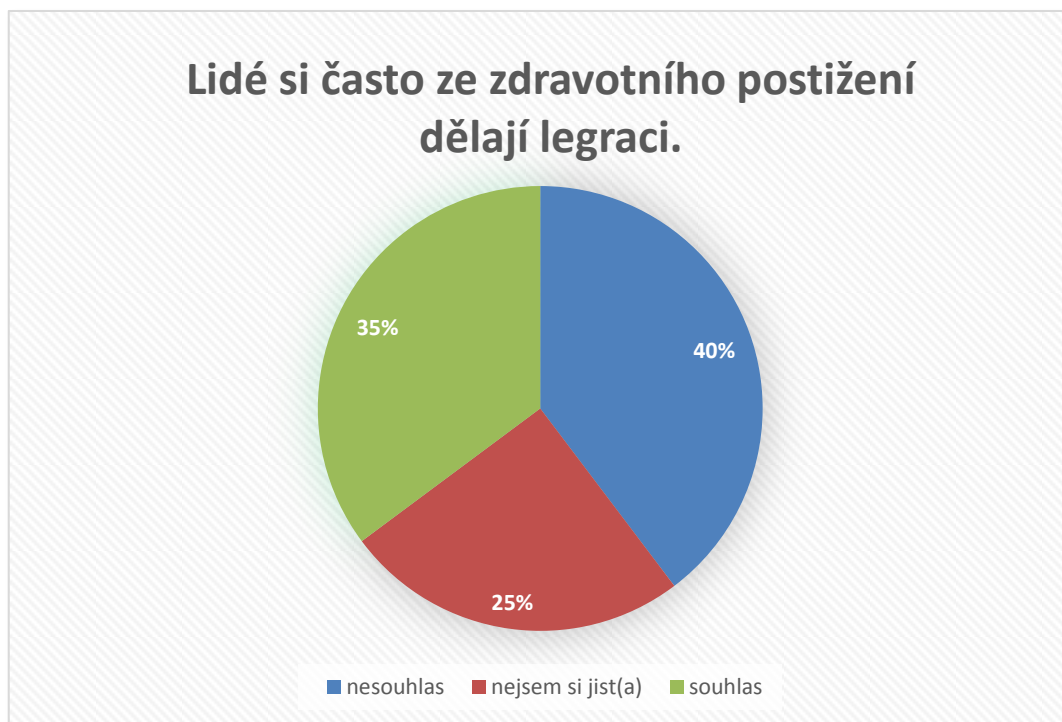
Z testu bylo zjištěno, že rozdíl mezi odpověďmi u tohoto tvrzení je statisticky významný. Při shrnutí souhlasných a nesouhlasných odpovědí bylo zjištěno, že na rozdíl od ostatních oblastí oblast zdravotnictví jako jediná má nejvíce nesouhlasných odpovědí a ve výsledku s tvrzením tedy nesouhlasí. U pedagogiky je výsledný skóre nerozhodný (38%).

Je patrné, že k této a předchozí otázce (č. 5) se mělo několik respondentů potřebu vyjádřit. Jak vyplývá z komentářů, přiložených k dotazníku, jedná se o souhlasné odpovědi s tímto tvrzením, které potřebují respondenti obhájit:

(Žena pracující ve zdravotnictví, 28 let): „Ot. 6. - Zátěží jsou určitě. Rodina se ZP dítětem prostě ovlivněna je, o tom není sporu, otázkou je ale, jestli v negativním slova smyslu...“

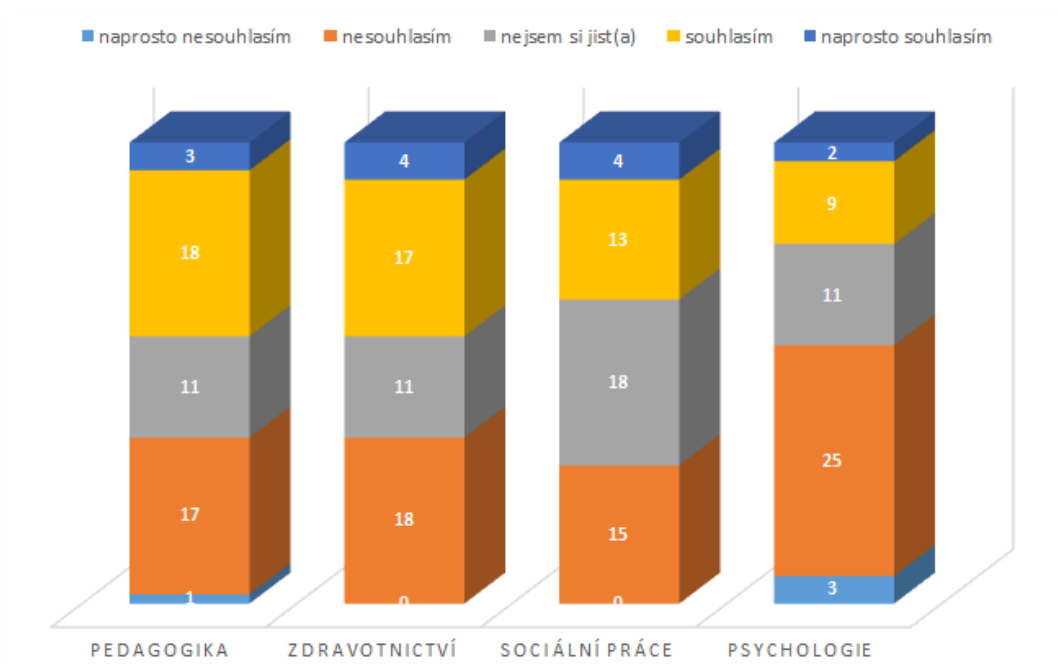
B) Diskriminace - v dotazníku tvrzení 3, 4, 11, 12

Lidé si často ze zdravotního postižení dělají legraci



Graf 8 – celkově - souhrn

Tato otázka ukazuje na rozpor v odpovědích. Nedá se říci, že některá z odpovědí viditelně převažuje. S tím, že si lidé dělají často ze zdravotního postižení legraci, souhlasí celkově 40% respondentů a nesouhlasí 35%. 25% respondentů si není jisto.



Graf 7 - porovnání odpovědí dle profese

Z grafického znázornění je patrné, že profesní skupina psychologů zaznamenala největší počet nesouhlasných odpovědí.

Tabulka 9 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (6%)	4 (6,5%)
nesouhlasím	17 (34%)	18 (36%)	15 (30%)	25 (50%)	75 (24%)
nejsem si jist(a)	11 (22%)	11 (22%)	18 (36%)	11 (22%)	51 (25,5%)
souhlasím	18 (36%)	17 (34%)	13 (26)	9 (18%)	57 (40,5%)
naprosto souhlasím	3 (6%)	4 (8%)	4 (8%)	2 (4%)	13 (2,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200(100%)

Když porovnáme souhlasné a nesouhlasné odpovědi mezi porovnávanými oblastmi, zjistíme, že ve výsledku nesouhlasí s tvrzením pouze oblast psychologie (56%). Zbylé oblasti se ve více případech přiklání k souhlasným odpovědím.

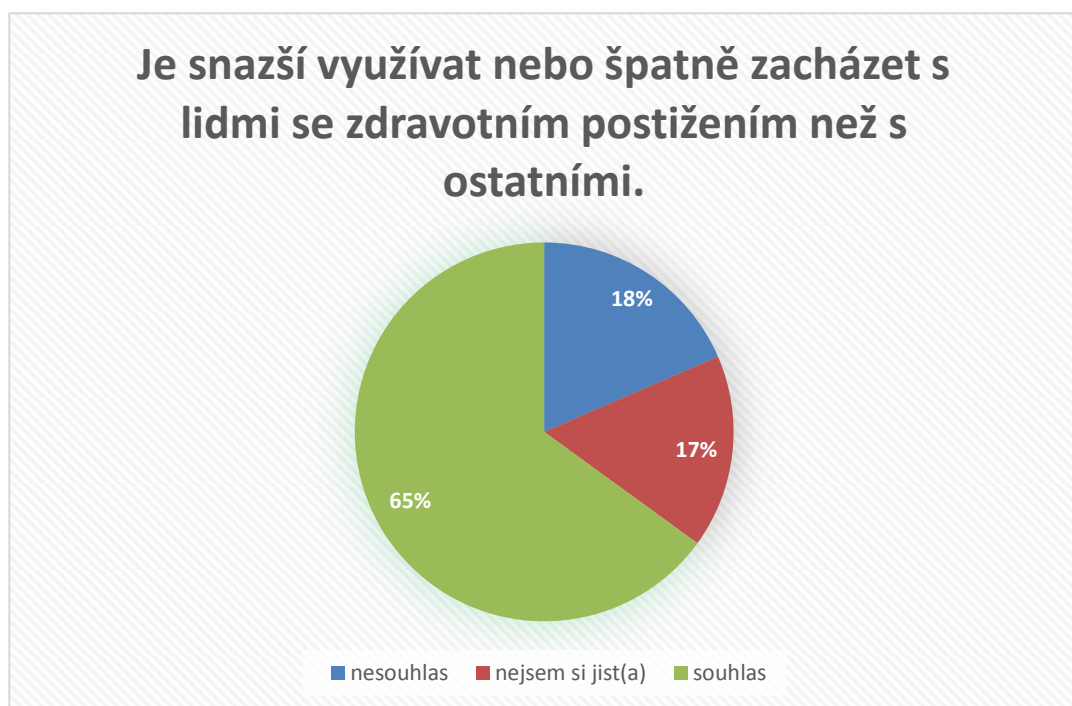
Tabulka 10 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	18 (36%)	18 (36%)	15 (30%)	28 (56%)	79 (39,5%)
nejsem si jist(a)	11 (22%)	11 (22%)	18 (36%)	11 (22%)	51 (25,5%)
souhlas	21 (42%)	24 (42%)	17 (34%)	11 (22%)	79 (39,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 11,610, p = 0,071$$

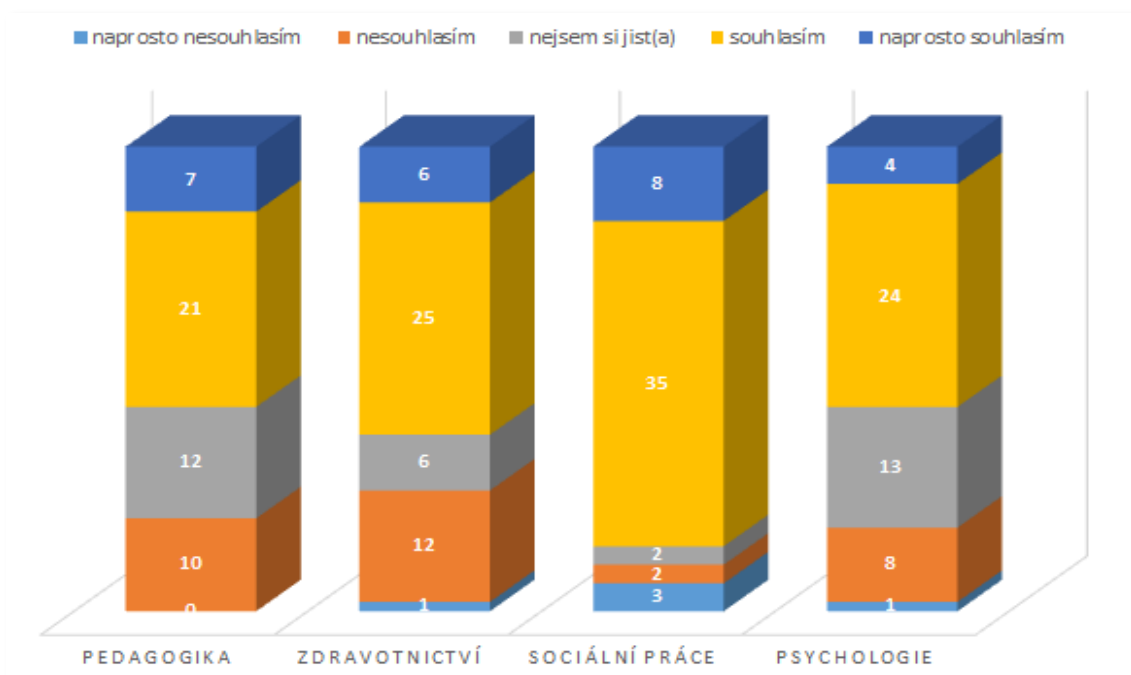
Z testu je patrné, že rozdíly nejsou významné, ale blíží se hladině statistické významnosti.

Je snazší využívat nebo špatně zacházet s lidmi se zdravotním postižením než s ostatními.



Graf 9 – celkově - souhrn

Velké procento respondentů (65%) souhlasí s tvrzením, že je snadnější využívat nebo špatně zacházet s lidmi se zdravotním postižením než s ostatními. S tvrzením nesouhlasí pouze 18% respondentů a o jedno procento méně, si v této odpovědi není jisto.



Graf 10 - porovnání odpovědí dle profese

Z grafického znázornění je viditelný rozdíl v četnosti odpovědí v oblasti sociálních pracovníků.

Tabulka 11 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	0 (0%)	1 (2%)	3 (6%)	1 (2%)	5 (2,5%)
nesouhlasím	10 (20%)	12 (24%)	2 (4%)	8 (16%)	32 (16%)
nejsem si jist(a)	12 (24%)	6 (12%)	2 (4%)	13 (26%)	33 (16,5%)
souhlasím	21 (42%)	25 (50%)	35 (70%)	24 (50%)	105(52,5%)
naprosto souhlasím	7 (14%)	6 (12%)	8 (16%)	4 (8%)	25 (12,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200(100%)

V tomto tvrzení se nejvíce liší odpovědi v oblasti sociální práce, které výrazně více souhlasí (86%) s tvrzením, že je snazší využívat nebo špatně zacházet s lidmi se zdravotním postižením než s ostatními.

Tabulka 12 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	10 (20%)	13 (26%)	5 (10%)	9 (18%)	31 (18,5%)
nejsem si jist(a)	12 (24%)	6 (12%)	2 (4%)	13 (26%)	33 (16,5%)
souhlas	28 (56%)	31 (62%)	43 (86%)	28 (56%)	130 (65%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 18,036, p = 0,006$$

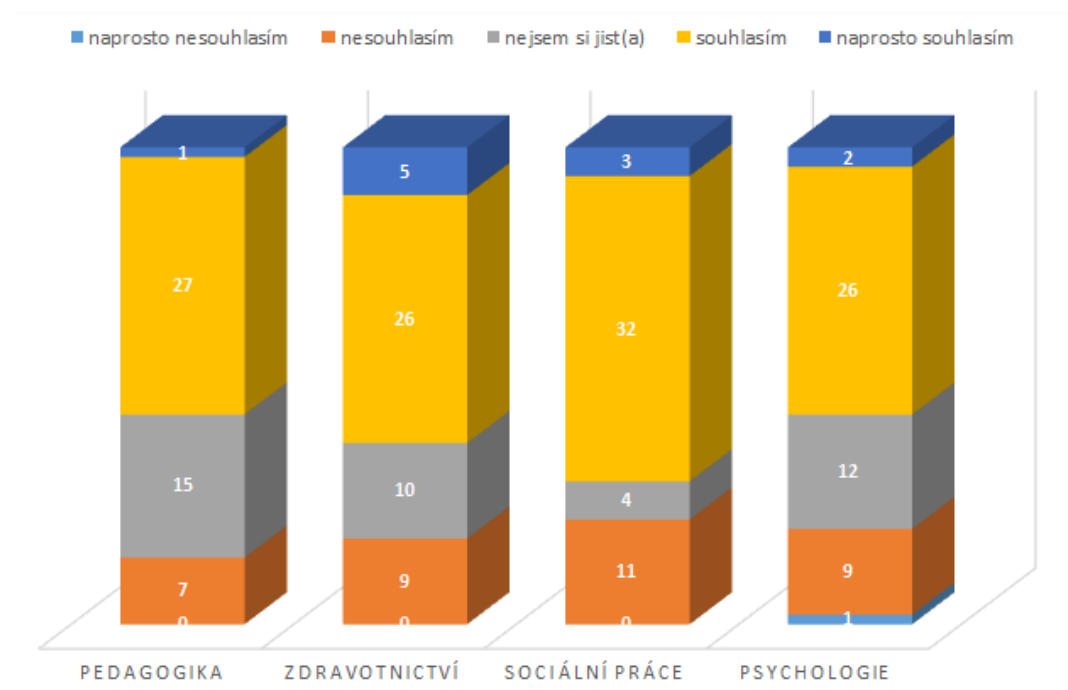
Z testu vyplynulo, že rozdíl mezi odpověďmi je statisticky významný.

Lidé často nemají se zdravotně postiženými trpělivost.



Graf 11 – celkově - souhrn

Na toto tvrzení opět většina respondentů odpověděla, že s ním souhlasí (62%), mnohem méně respondentů (19%) s ním nesouhlasí a 20% si nebylo jisto.



Graf 12 - porovnání odpovědí dle profese

Z grafického znázornění můžeme pozorovat početní rozdíl u odpovědí pracovníků z oblasti sociální práce.

Tabulka 13 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (0,5%)
nesouhlasím	7 (14%)	9 (18%)	11 (22%)	9 (18%)	36 (18%)
nejsem si jist(a)	15 (30%)	10 (20%)	4 (8%)	12 (24%)	41 (20,5%)
souhlasím	27 (54%)	26 (52%)	32 (64%)	26 (52%)	111(55,5%)
naprosto souhlasím	1 (2%)	5 (10%)	3 (6%)	2 (4%)	11 (5,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200(100%)

U tohoto tvrzení většina respondentů odpověděla, že souhlasí, nejvíce z nich bylo z oblasti sociální práce. Největší rozdíl se objevuje v odpovědi „nejsem si jist(a)“, kde v oblasti sociální práce si bylo nejisto nejméně respondentů a nejvíce v oblasti pedagogiky.

Tabulka 14 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	10 (20%)	13 (26%)	5 (10%)	9 (18%)	37 (18,5%)
nejsem si jist(a)	12 (24%)	6 (12%)	2 (4%)	13 (26%)	41 (20,5%)
souhlas	28 (56%)	31 (62%)	43 (86%)	28 (56%)	122 (61%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 8,345, p = 0,214$$

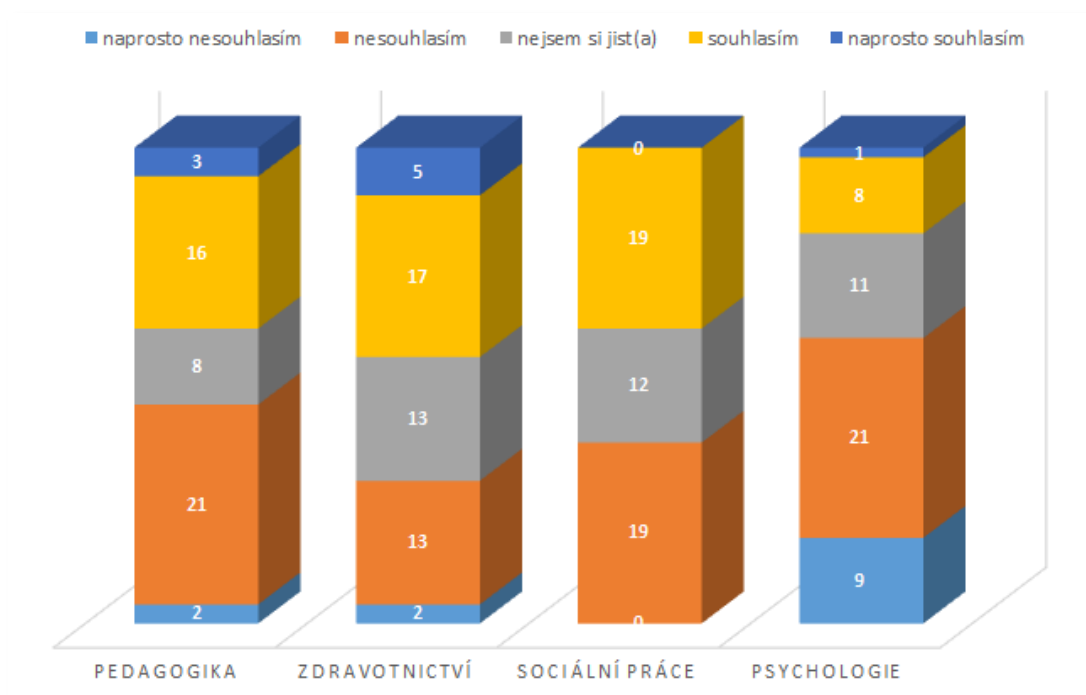
I přes odlišné počty odpovědí, nejsou rozdíly statisticky významné.

Lidé se často chovají ke zdravotně postiženým jako by neměli žádné pocity.



Graf 13 – celkově - souhrn

Větší část respondentů (44%) nesouhlasí s tím, že lidé se často chovají ke zdravotně postiženým jako by neměli žádné pocity. Menší, ale přesto podstatná část respondentů s tvrzením naopak souhlasí (35%). Jisto si jich nebylo 21%.



Graf 14 - porovnání odpovědí dle profese

Z grafického znázornění je viditelný rozdíl mezi odpověďmi psychologů, kteří nejčastěji souhlasili s tvrzením.

Tabulka 15 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	2 (4%)	2 (4%)	0 (0%)	9 (18%)	13 (6,5%)
nesouhlasím	21 (42%)	13 (26%)	19 (38%)	21 (42%)	74 (37%)
nejsem si jist(a)	8 (16%)	13 (26%)	12 (24%)	11 (22%)	44 (22%)
souhlasím	16 (32%)	17 (34%)	19 (38%)	8 (16%)	60(30%)
naprosto souhlasím	3 (6%)	5 (10%)	0 (0%)	1 (2%)	9 (4,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200(100%)

U tohoto tvrzení se opět ukazuje rozdělení na dvě poloviny, kdy jedna část souhlasí a druhá nesouhlasí. Nejvíce odpovědí je celkově nesouhlasných. Naprosto nesouhlasí s tvrzením, že lidé se často chovají ke zdravotně postiženým jako by neměli žádné pocity respondenti z oblasti psychologie (18%). Z oblasti psychologie je i celkem nejvíce nesouhlasných odpovědí (60%).

Rozdíl se objevuje především u oblastí zdravotnictví a sociální práce. Respondenti v oblasti zdravotnictví jako jediní s tvrzení ve většině souhlasí (44%) a zároveň mají nejméně nesouhlasných odpovědí (30%). Oblast sociální práce je v odpovědích nerozhodně - (38%) souhlasných i nesouhlasných odpovědí.

Tabulka 16 - souhrnné postoje podle profesí

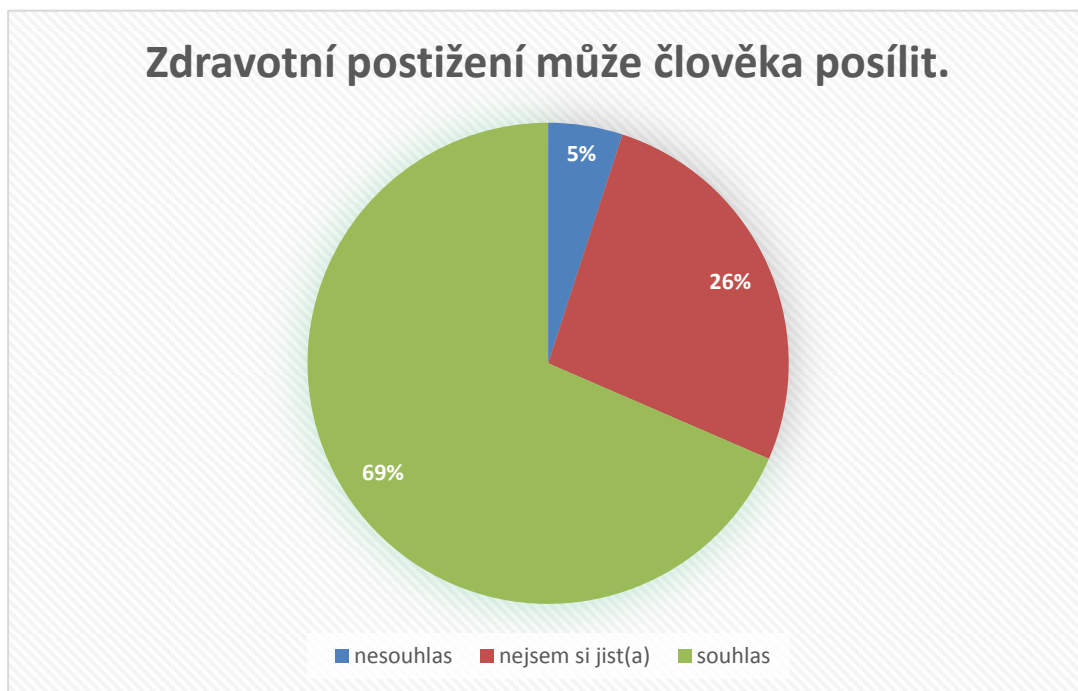
	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	23 (46%)	15 (30%)	19 (38%)	30 (60%)	87 (43,5%)
nejsem si jist(a)	8 (16%)	13 (26%)	12 (24%)	11 (22%)	44 (22%)
souhlas	19 (38%)	22 (44%)	19 (38%)	9 (18%)	69 (34,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 12,525, p = 0,051$$

Výsledek testu prokázal, že rozdíl je těsně nad hladinou významnosti.

C) Přínos - v dotazníku tvrzení 7, 8, 9, 10

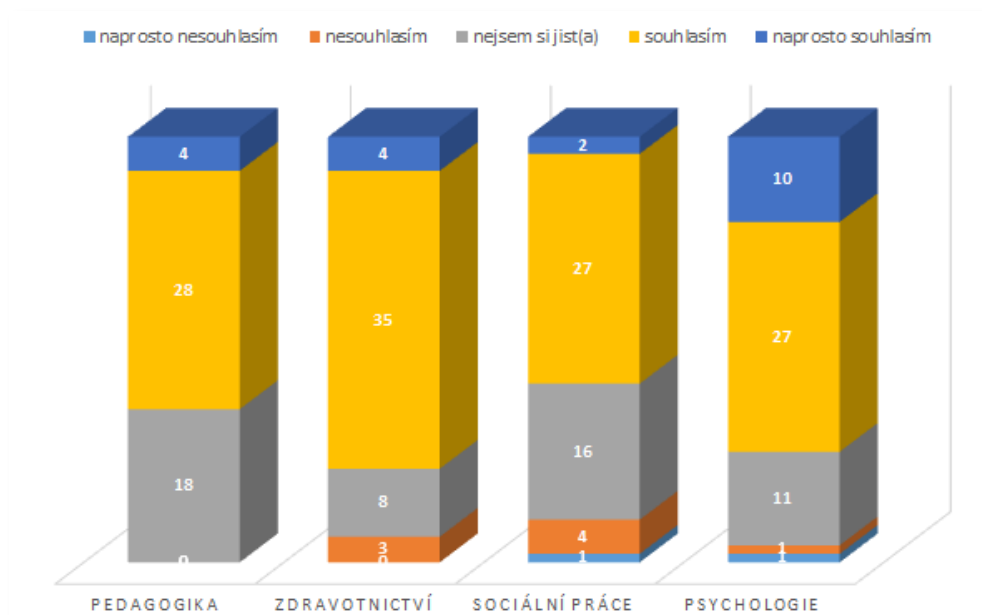
Zdravotní postižení může člověka posílit.



Graf 15 – celkově - souhrn

U tohoto tvrzení většina respondentů (69%) souhlasila, že zdravotní postižení může člověka posílit. Příkladem může být mnoho lidí, kteří i přes svůj handicap dosahují různých profesních a sportovních vrcholových výkonů, jak ukazují média. S tvrzením nesouhlasí pouze malé procento respondentů (5%) a 26% jich si není v odpovědi jisto.

Z předchozího grafického znázornění je patrná vyšší četnost souhlasných odpovědí



Graf 16 - porovnání odpovědí dle profese

u odpovídajících z oblasti zdravotnictví.

Tabulka 17 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (2%)	2 (1%)
nesouhlasím	0 (0%)	3 (6%)	4 (8%)	1 (2%)	8 (4%)
nejsem si jist(a)	18 (36%)	8 (16%)	16 (32%)	11 (22%)	53 (26,5%)
souhlasím	28 (56%)	35 (70%)	27 (54%)	27 (54%)	117(58,5%)
naprosto souhlasím	4 (8%)	4 (8%)	2 (4%)	10 (20%)	20 (10%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200(100%)

U tohoto tvrzení všechny oblasti převážně souhlasí s tvrzením, že zdravotní postižení může člověka posílit. Nejvíce souhlasných odpovědí (78%) je v oblasti zdravotnictví, ale v oblasti psychologie je více lidí, kteří odpověděli, že s tvrzením naprosto souhlasí. Nejvíce nesouhlasných odpovědí se objevuje u respondentů z oblasti sociální práce (10%).

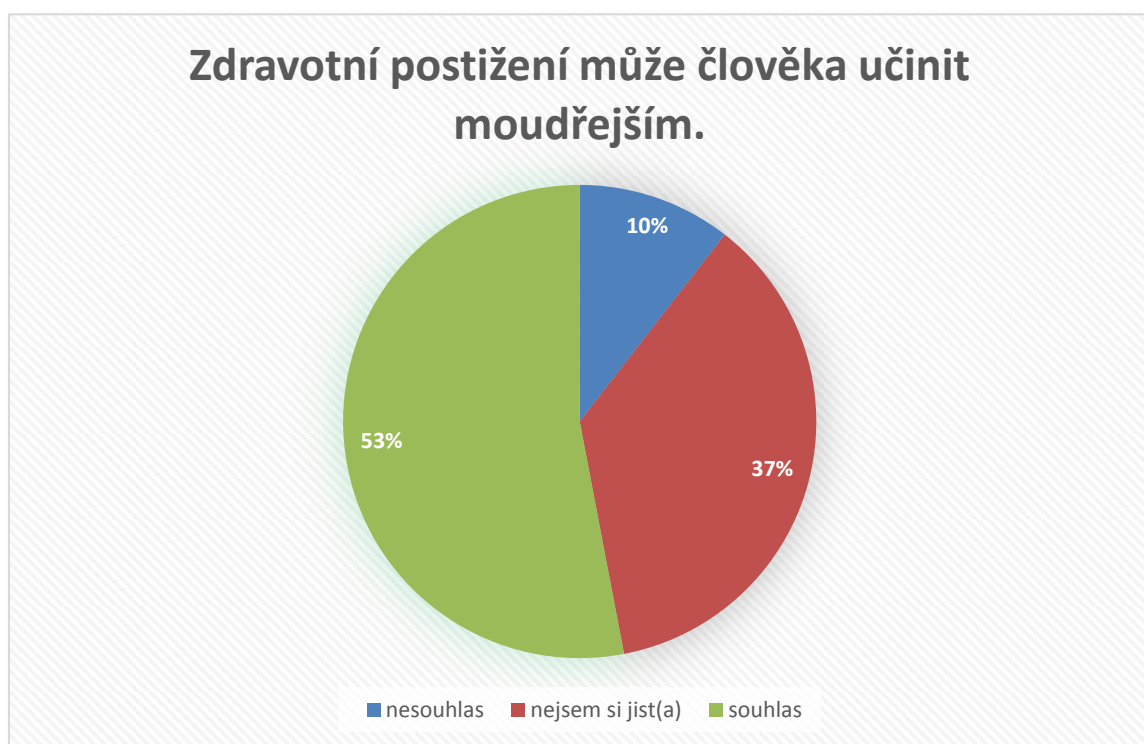
Tabulka 18 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	0 (0%)	3 (6%)	5 (10%)	2 (4%)	10 (5%)
nejsem si jist(a)	18 (36%)	8 (16%)	16 (32%)	11 (22%)	53 (26,5%)
souhlas	32 (64%)	39 (78%)	29 (58%)	37 (74%)	137 (68,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 11,768, p = 0,067$$

Z testu je patrné, že rozdíl v odpovědích je těsně nad hladinou významnosti.

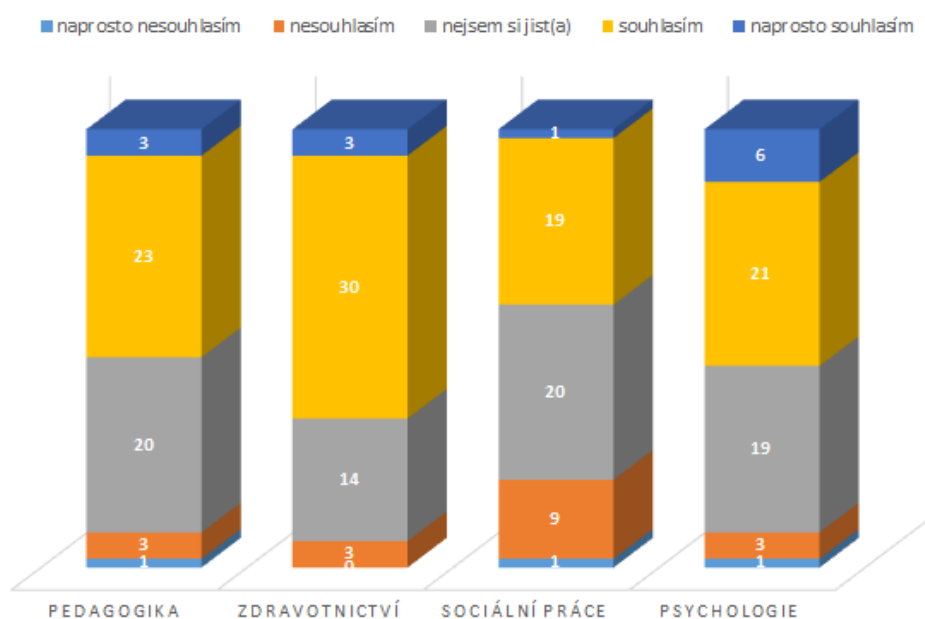
Zdravotní postižení může člověka učinit moudřejším.



Graf 17 – celkově - souhrn

Něco málo přes polovinu respondentů (53%) uvedlo, že souhlasí s tvrzením, že zdravotní postižení může člověka učinit moudřejším. Zároveň si v této odpovědi nebylo velké procento jisto (37%) a jen 10% jich s tvrzením nesouhlasilo.

Na grafickém znázornění můžeme pozorovat rozdíl mezi četnostmi odpovědí, kdy



Graf 18 - porovnání odpovědí dle profese

oblast zdravotnictví nejčastěji souhlasí s tvrzením. Viditelný je také rozdíl u odpovídajících v oblasti sociální práce, kteří zaznamenali nejvíce nesouhlasných odpovědí.

Tabulka 19 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	1 (2%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (2%)	3 (1,5%)
nesouhlasím	3 (6%)	3 (6%)	9 (18%)	3 (6%)	18 (9%)
nejsem si jist(a)	20 (40%)	14 (28%)	20 (40%)	19 (38%)	73 (36,5%)
souhlasím	23 (46%)	30 (60%)	19 (38%)	21 (42%)	93(46,5%)
naprosto souhlasím	3 (6%)	3 (6%)	1 (2%)	6 (12%)	13 (6,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200(100%)

S tvrzením, že zdravotní postižení může člověka učinit moudřejší, většina respondentů souhlasí. U respondentů z oblasti psychologie objevuje největší procento lidí, kteří uvedli, že s tvrzením naprosto souhlasí (12%). Oproti ostatním profesním oblastí odpovědělo nejvíce lidí z oblasti zdravotnictví, že souhlasí (66%). Naopak nejvíce nesouhlasných odpovědí (40%) se objevuje v oblasti sociální práce, které ve výsledku s tvrzením nesouhlasí, ale zároveň si ve stejném skóre (40%) nejsou s odpovědí jisti.

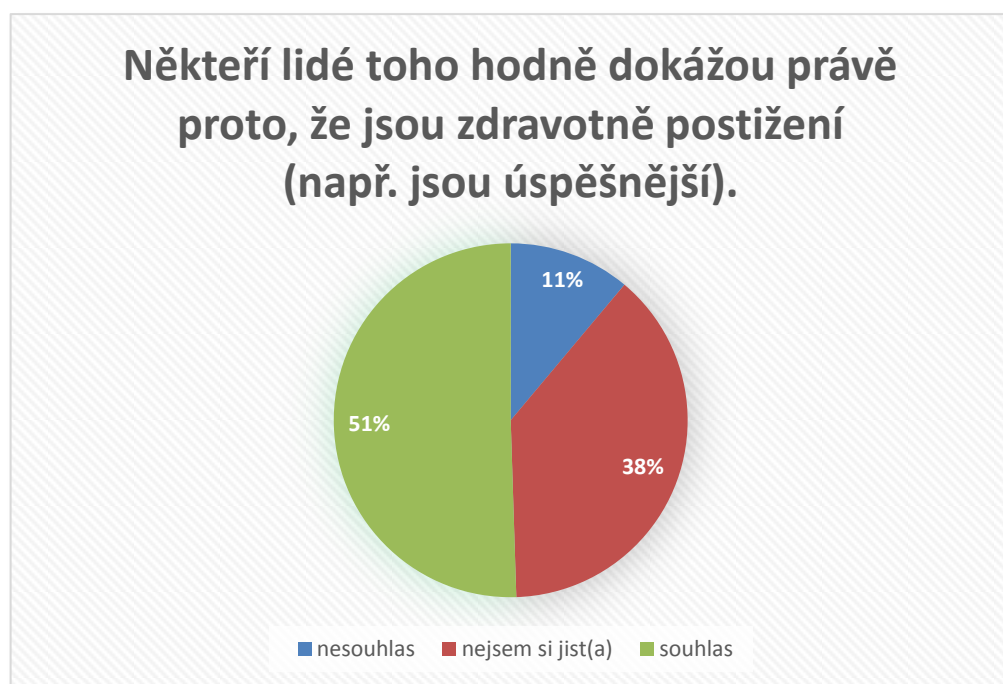
Tabulka 20 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	4 (8%)	3 (6%)	10 (20%)	4 (8%)	21 (10,5%)
nejsem si jist(a)	20 (40%)	14 (28%)	20 (40%)	19 (38%)	73 (36,5%)
souhlas	26 (52%)	33 (66%)	20 (40%)	27 (54%)	106 (53%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 10,421, p = 0,108$$

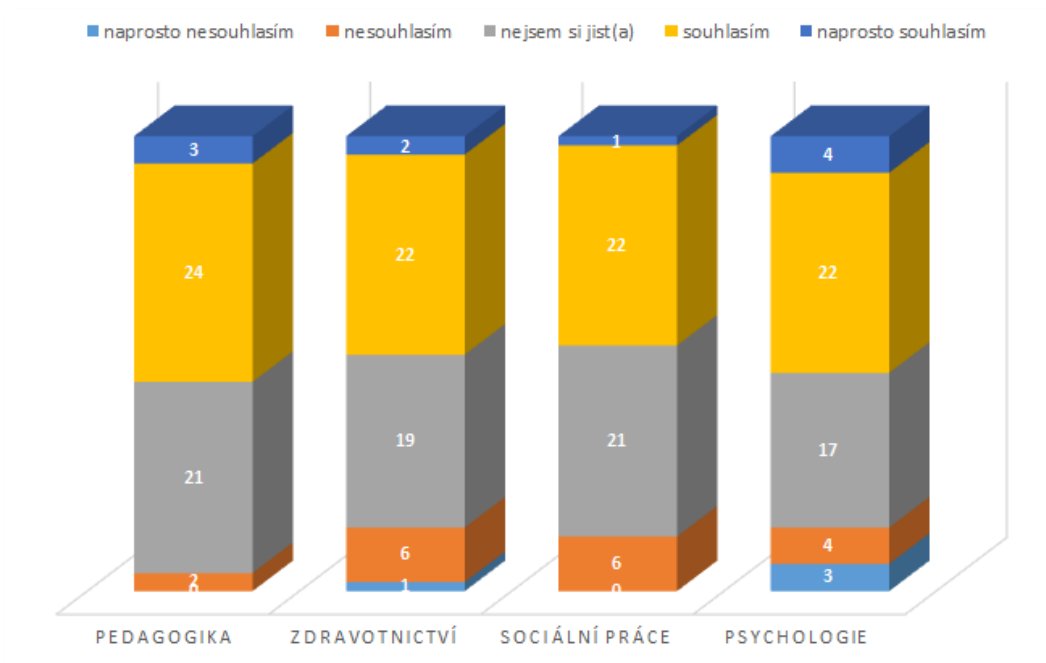
Z testu vyplývá, že rozdíly nejsou statisticky významné.

Někteří lidé toho hodně dokážou právě proto, že jsou zdravotně postižení.



Graf 19 – celkově - souhrn

Polovina respondentů (51%) uvedla, že souhlasí s tím, že někteří lidé toho hodně dokážou právě proto, že jsou zdravotně postižení. O něco méně si nebylo s touto odpovědí jisto (38%). A 11% s tímto tvrzením nesouhlasilo.



Graf 20 - porovnání odpovědí dle profese

Z grafického zobrazení můžeme konstatovat, že pozorujeme téměř stejné počty odpovědí u zkoumaných profesních skupin.

Tabulka 21 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	3 (6%)	4 (1,5%)
nesouhlasím	2 (4%)	6 (12%)	6 (12%)	4 (8%)	18 (9%)
nejsem si jist(a)	21 (42%)	19 (38%)	21 (42%)	17 (32%)	78 (39%)
souhlasím	24 (48%)	22 (44%)	22 (44%)	22 (44%)	90(46,5%)
naprosto souhlasím	3 (6%)	2 (4%)	1 (2%)	4 (8%)	10 (6,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200(100%)

S tvrzením, že někteří lidé toho hodně dokážou právě proto, že jsou zdravotně postižení (např. jsou úspěšnější), nesouhlasí nejméně respondentů z oblasti pedagogiky (4%). Souhlasné odpovědi se početně výrazně nijak neliší. U tohoto tvrzení si celkem velké procento lidí bylo nejisto s odpovědí, nejvíce v oblasti pedagogika (42%) a sociální práce (42%).

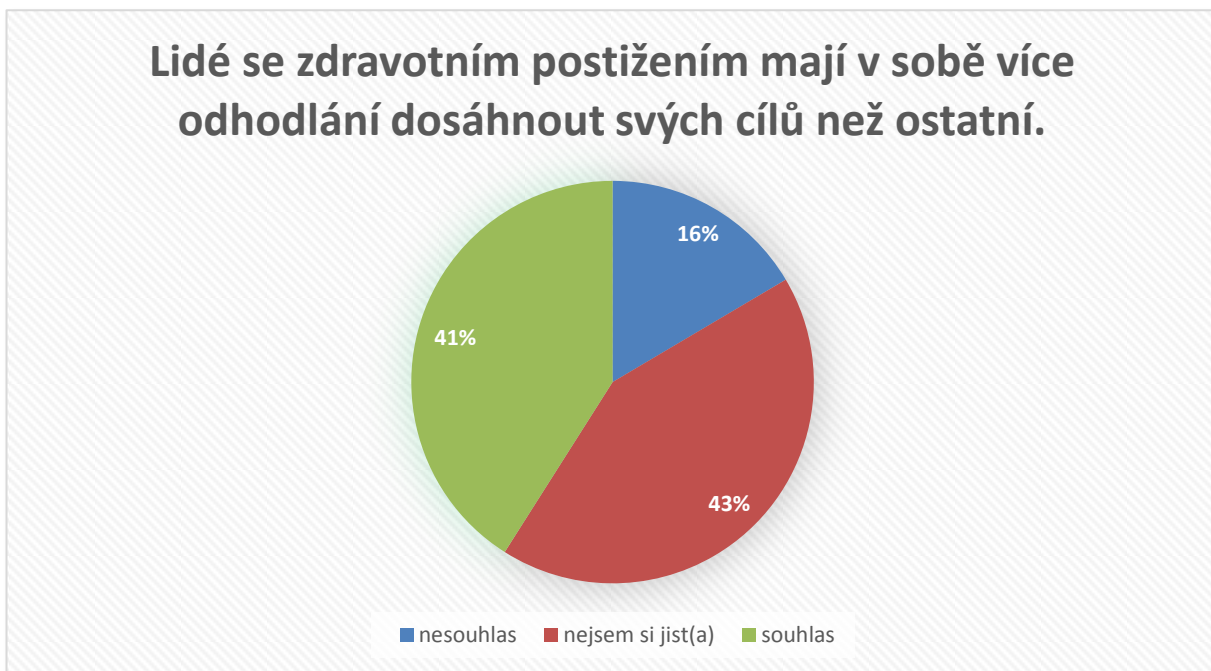
Tabulka 22 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	2 (4%)	7 (14%)	6 (12%)	7 (14%)	22 (11%)
nejsem si jist(a)	21 (42%)	19 (38%)	21 (42%)	17 (34%)	78 (39%)
souhlas	27 (54%)	24 (48%)	23 (46%)	26 (52%)	100 (50%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 4,005, p = 0,669$$

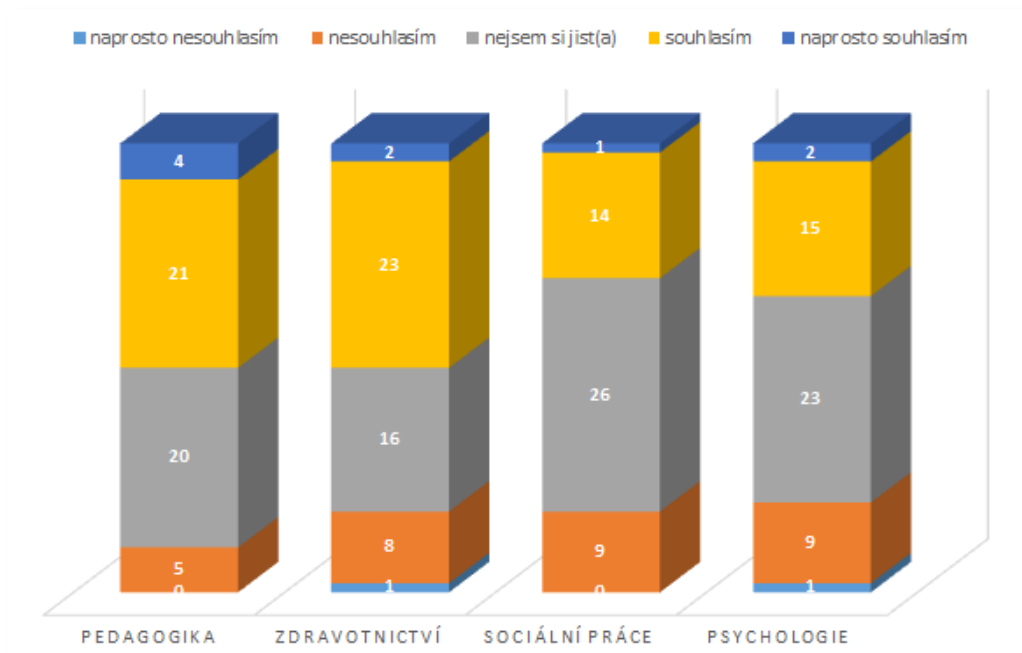
Z testu vyplývá, že rozdíly nejsou statisticky významné.

Lidé se zdravotním postižením mají v sobě více odhodlání dosáhnout svých cílů než ostatní.



Graf 21 – celkově - souhrn

U této otázky se objevil největší problém s vybráním odpovědi. U tohoto tvrzení 43% respondentů si nebylo s odpovědí jisto. O něco méně respondentů souhlasilo (41%), že lidé se zdravotním postižením mají v sobě více odhodlání dosáhnout svých cílů než ostatní. A 16% s ním nesouhlasilo.



Graf 22 - porovnání odpovědí dle profese

Na předchozím grafickém znázornění je patrné, že respondenti z oblasti pedagogiky a zdravotnictví souhlasily s tvrzením ve větší míře než z oblasti sociální práce a psychologie.

Tabulka 23 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	1 (2%)	2 (1%)
nesouhlasím	5 (10%)	8 (16%)	9 (18%)	9 (18%)	31 (15,5%)
nejsem si jist(a)	20 (40%)	16 (32%)	26 (52%)	23 (46%)	85 (42,5%)
souhlasím	21 (42%)	23 (46%)	14 (28%)	15 (30%)	73(36,5%)
naprosto souhlasím	4 (8%)	2 (4%)	1 (2%)	2 (4%)	9 (4,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200(100%)

Při porovnání jednotlivých oblastí pomáhajících profesí, je patrný početní rozdíl mezi odpověďmi oblastí - pedagogiky a zdravotnictví, kteří častěji souhlasí s tvrzením a oblastí - sociální práce a psychologie, kde naopak výrazně převyšují odpovědi - nejsem si jist (a). V oblasti sociální práce si je nejisto nejvíce respondentů (52%) a zároveň je zde nejméně souhlasných odpovědí.

Tabulka 24 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	5 (10%)	9 (18%)	9 (18%)	10 (20%)	33 (16,5%)
nejsem si jist(a)	20 (40%)	16 (32%)	26 (52%)	23 (46%)	85 (42,5%)
souhlas	25 (50%)	25 (50%)	15 (30%)	17 (34%)	82 (41%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 8,413, p = 0,209$$

V této části, která obsahuje tvrzení vztahující se k tématu - Příležitosti, zisky, šance či naděje (Gains) si byli respondenti výrazně nejvíce nejisti v odpovědích. Především u tvrzení 8. (37%), 9. (38%) a u tvrzení 10., kde si nebylo jisto 43% respondentů.

Z komentářů byly zjištěny možné příčiny této nerozhodnosti. Několik respondentů přidalo k dotazníku závěrečný komentář, ve kterém vyjádřili problém širokého spektra

pojmu zdravotní postižení. Někteří respondenti měli problém odpovídat na otázky obecně a potřebovali by vyspecifikovat, zda mají odpovídat na otázky vztahující se k tělesnému nebo mentálnímu postižení - jejich odpovědi by se podle těchto skupin lišily.

„Uvítala bych definovat zdravotní postižení, přijde mi, že lze vykládat několika způsoby. Nejsem si totiž jista, zda se dotazník do zdravotně postižených zařazuje i mentálně postižené neb mi přijde koncipován spíše jen pro tělesně postižené a v některých otázkách dotazníků vnímám velké nijance v tom jak bych odpovídala.“ (žena, 25 let, oblast sociální práce, vedoucí sociálních služeb).

„Dělalo mi potíže rozhodnout odpovědi pro široký záběr postižení, jinak je na tom tělesně postižený a jinak mentálně.“ (žena, 61 let, oblast psychologie, klinický psycholog).

„Kategorie "zdravotně postižení" pro mě byla pro některé otázky příliš široká, myslím, že na některé otázky bych odpovídala různě s ohledem na konkrétní typ postižení“ (žena, 26 let, oblast sociální práce, kontaktní pracovník NZDM).

„Je to hodně těžké paušalizovat pro všechny typy postižení.“ (žena, 26 let, oblast psychologie, školní psycholožka)

„Na některé otázky se nedá jednoznačně odpovědět.“ (žena, 37 let, oblast zdravotnictví).

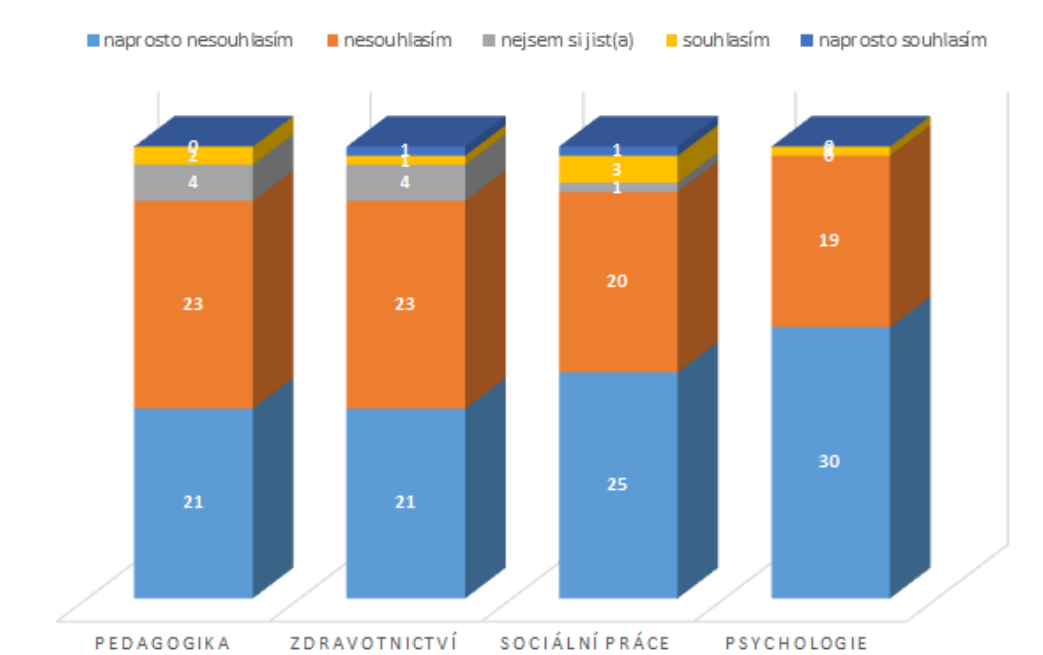
D) Perspektiva (možnosti, šance) - v dotazníku tvrzení 13, 14, 15, 16

Se zdravotně postiženými by se nemělo mluvit o sexu.



Graf 23 – celkově - souhrn

U tohoto tvrzení měla většina respondentů jasno. Převážná většina (91%) respondentů nesouhlasí se s tím, že by se nemělo se zdravotně postiženými mluvit o sexu. Zajímavé je, že 5% s tímto tvrzením souhlasilo a 4% respondentů si nebyla jista. Při bližším prozkoumání, bylo zjištěno, že skupina lidí, která souhlasí s tvrzením, není nijak specifická, zahrnuje všechny čtyři zkoumané profesní oblasti, i různá vzdělání a věk.



Graf 24 - porovnání odpovědí dle profese

Z grafického znázornění můžeme pozorovat, že nejpočetněji s tvrzením nesouhlasila profesní skupina psychologie.

Tabulka 25 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	21 (42%)	21 (42%)	25 (50%)	30 (60%)	97 (48,5%)
nesouhlasím	23 (46%)	23 (46%)	20 (40%)	19 (38%)	85 (42,5%)
nejsem si jist(a)	4 (8%)	4 (8%)	1 (2%)	0 (0%)	9 (4,5%)
souhlasím	2 (4%)	1 (2%)	3 (6%)	1 (2%)	7 (3,5%)
naprosto souhlasím	0 (0%)	1 (2%)	1 (2%)	0 (0%)	2 (1%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200(100%)

U tohoto tvrzení se oproti ostatním objevilo celkově nejméně souhlasných odpovědí. Nepatrný rozdíl se objevil v oblasti psychologie, kde nejvíce respondentů označilo odpověď „naprosto nesouhlasím“ (60%) a zároveň bez jedné odpovědi všichni celkově nesouhlasili. Souhlasné odpovědi se objevily souhrnně nejvíce v oblasti sociální práce (8%).

Tabulka 26 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	44 (88%)	44 (88%)	45 (90%)	49 (98%)	182 (91%)
nejsem si jist(a)	4 (8%)	4 (8%)	1 (2%)	0 (0%)	9 (4,5%)
souhlas	2 (4%)	2 (4%)	4 (8%)	1 (2%)	9 (4,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 8,151, p = 0,227$$

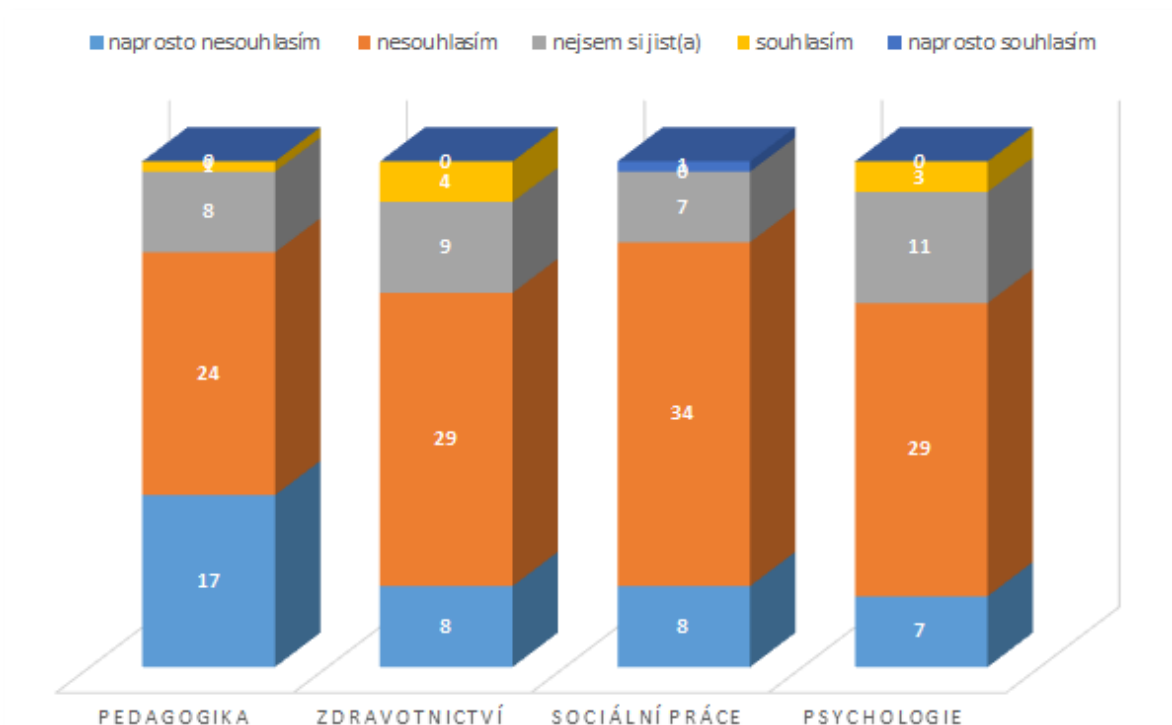
Z testu vyplynulo, že rozdíly nejsou statisticky významné.

Lidé by neměli od zdravotně postižených očekávat příliš mnoho.



Graf 25 – celkově - souhrn

Větší část respondentů (78%) nesouhlasí s tvrzením, že lidé by neměli od zdravotně postižených očekávat příliš mnoho. Nejméně (5%) s tímto tvrzením souhlasí a 19% si není jista.



Graf 26 - porovnání odpovědí dle profese

Na grafickém znázornění můžeme pozorovat, že nejčastěji naprosto nesouhlasili s tvrzením pracovníci v oblasti pedagogiky. Celkově nesouhlasné odpovědi jsou ale početně podobné.

Tabulka 27 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	17 (34%)	8 (16%)	8 (16%)	7 (14%)	40 (48,5%)
nesouhlasím	24 (48%)	29 (58%)	34 (68%)	29 (58%)	116 (58%)
nejsem si jist(a)	8 (16%)	9 (18%)	7 (14%)	11 (22%)	35 (17,5%)
souhlasím	1 (2%)	4 (8%)	0 (0%)	3 (6%)	8 (4%)
naprosto souhlasím	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	1 (0,5%)
Celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200(100%)

S tvrzením, že lidé by neměli od zdravotně postižených očekávat příliš mnoho, celkově většina respondentů nesouhlasí. Početní rozdíl se objevuje v oblasti pedagogiky, kdy poměrně velká část respondentů odpověděla, že naprosto nesouhlasí (34%). Celkově bylo nesouhlasných odpovědí nejvíce u oblasti sociální práce (84%). Zároveň v oblasti sociální práce se objevila jediná odpověď „naprosto souhlasím“.

Tabulka 28 - souhrnné postoje podle profesí

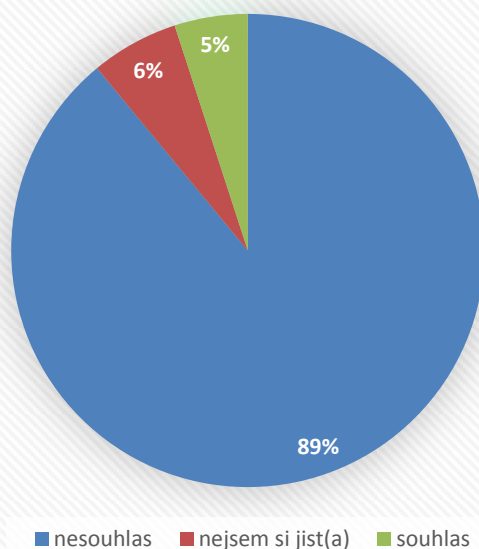
	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	41 (82%)	37 (74%)	42 (84%)	36 (72%)	156 (78%)
nejsem si jist(a)	8 (16%)	9 (18%)	7 (14%)	11 (22%)	35 (17,5%)
Souhlas	1 (2%)	4 (8%)	1 (2%)	3 (6%)	9 (4,5%)
Celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 4,667, p = 0,587$$

Z testu vyplynulo, že rozdíly nejsou statisticky významné.

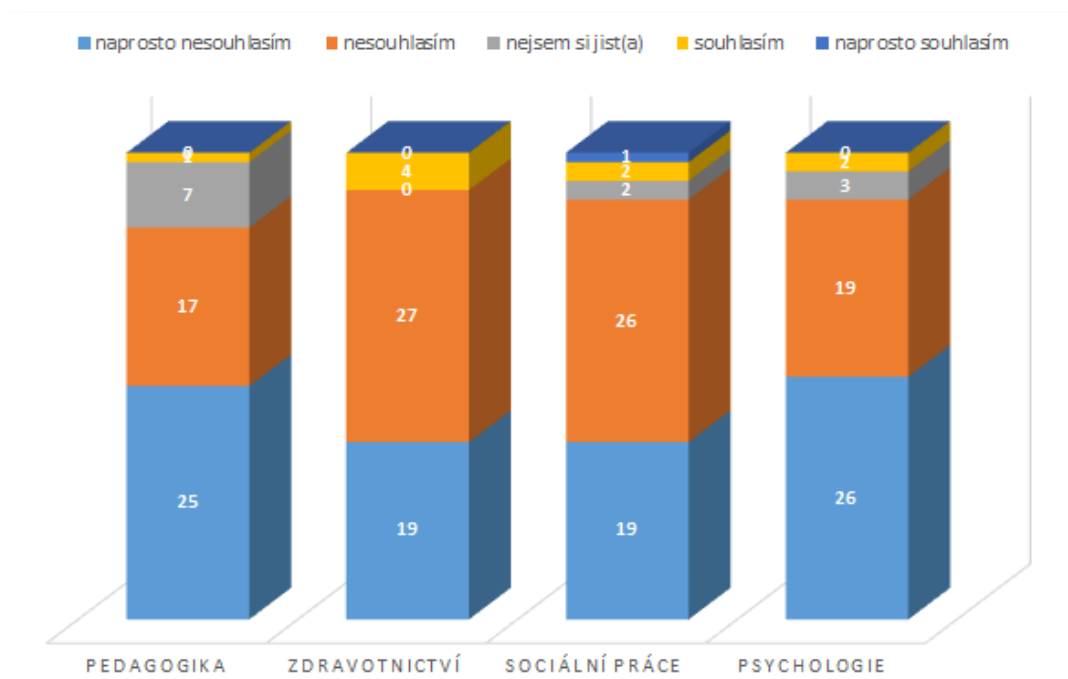
Lidé se zdravotním postižením by neměli být optimističtí (plní nadějí) ohledně své budoucnosti.

Lidé se zdravotním postižením by neměli být optimističtí (plní nadějí) ohledně své budoucnosti.



Graf 27 – celkově - souhrn

Většina respondentů (89%) nesouhlasí s tím, že by lidé se zdravotním postižením neměli být optimističtí (plní nadějí) ohledně své budoucnosti. Pouze 5% s tvrzením souhlasí a 6% si není jista.



Graf 28 - porovnání odpovědí dle profese

Na grafickém znázornění můžeme pozorovat, že nejpočetněji respondenti uváděli odpovědi - nesouhlasím a naprosto nesouhlasím.

Tabulka 29 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	25 (50%)	19 (38%)	19 (38%)	26 (52%)	89 (44,5%)
nesouhlasím	17 (34%)	27 (34%)	26 (52%)	19 (38%)	89 (44,5%)
nejsem si jist(a)	7 (14%)	0 (0%)	2 (4%)	3 (6%)	12 (6%)
souhlasím	1 (2%)	4 (8%)	2 (4%)	2 (4%)	9 (4,5%)
naprosto souhlasím	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	1 (0,5%)
Celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200(100%)

U tohoto tvrzení se objevilo opět nejvíce nesouhlasných odpovědí. Menší rozdíl se objevil v odpovědích „nesouhlasím“ a „naprosto nesouhlasím“. Respondenti z oblasti psychologie a pedagogiky jsou si ve svých odpovědích více jisti a z větší části naprosto nesouhlasí s tvrzením, že lidé se zdravotním postižením by neměli být optimističtí (plní naději) ohledně své budoucnosti.

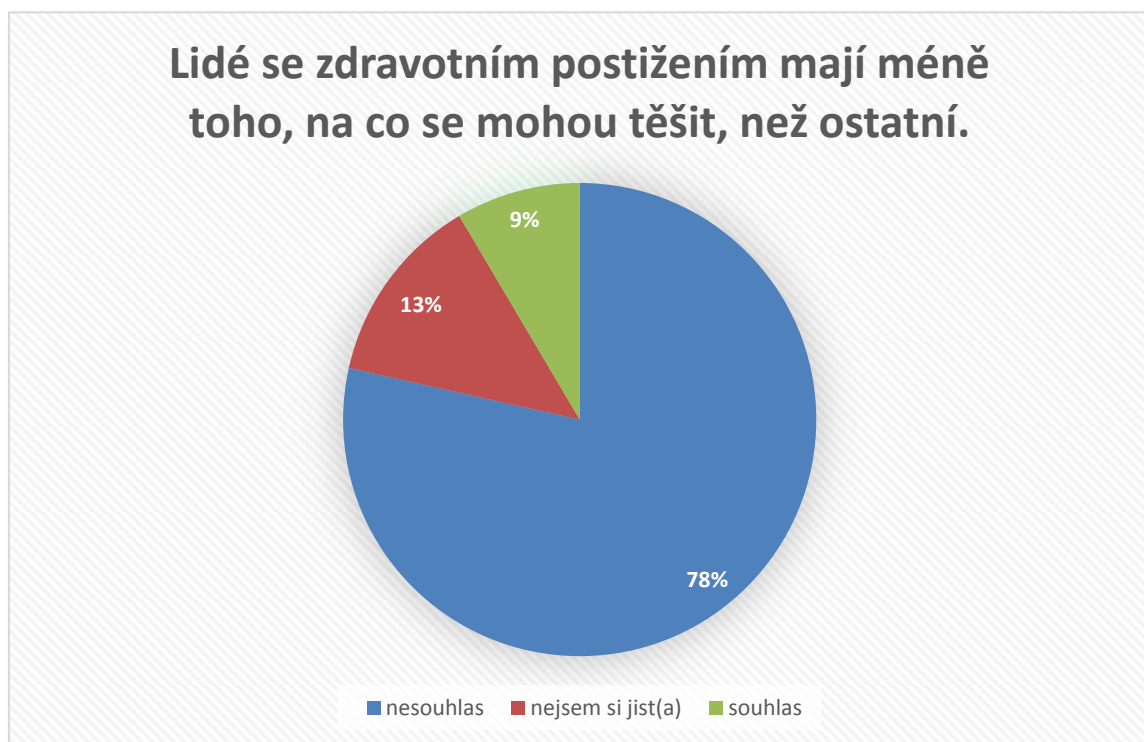
Tabulka 30 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	42 (84%)	46 (92%)	45 (90%)	45 (90%)	178 (89%)
nejsem si jist(a)	7 (14%)	0 (0%)	2 (4%)	3 (6%)	12 (6%)
souhlas	1 (2%)	4 (8%)	3 (6%)	2 (4%)	10 (5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 10,869, p = 0,093$$

Z testu vyplývá, že rozdíly nejsou statisticky významné.

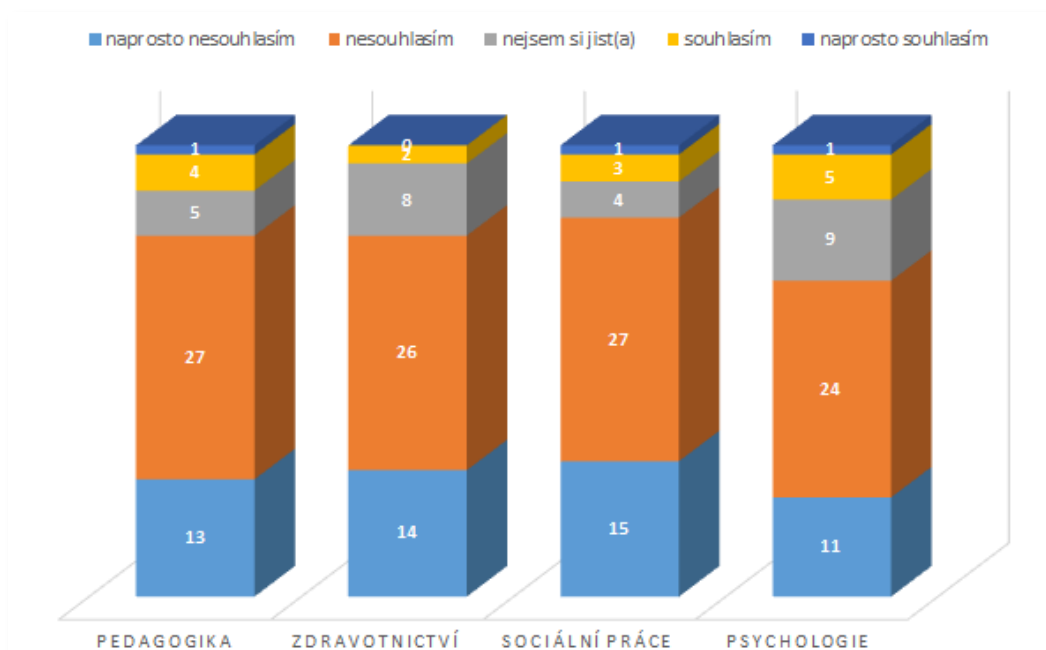
Lidé se zdravotním postižením mají méně toho, na co se mohou těšit, než ostatní.



Graf 29 – celkově - souhrn

Většina respondentů (78%) nesouhlasí s tvrzením, že lidé se zdravotním postižením mají méně toho, na co se mohou těšit, než ostatní. Pouze 9% s tvrzením souhlasí a o něco méně respondentů 13% si není jisto.

Na grafickém zobrazení můžeme pozorovat rozdíl v odpovědích respondentů



Graf 30 - porovnání odpovědí dle profese

z oblasti psychologie, u kterých bylo zaznamenáno nejméně souhlasných odpovědí.

Tabulka 31 - přehled odpovědí podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
naprosto nesouhlasím	13 (26%)	14 (28%)	15 (30%)	11 (22%)	53 (26,5%)
nesouhlasím	27 (54%)	26 (52%)	27 (54%)	24 (48%)	104 (52%)
nejsem si jist(a)	5 (10%)	8 (16%)	4 (8%)	9 (18%)	26 (13%)
souhlasím	4 (8%)	2 (4%)	3 (6%)	5 (10%)	14 (7%)
naprosto souhlasím	1 (2%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (2%)	3 (1,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200(100%)

U tvrzení, že lidé se zdravotním postižením mají méně toho, na co se mohou těšit, než ostatní, se neobjevil žádný velký rozdíl v odpovědích. Celkově většina respondentů souhlasí. Nejméně si je v odpovědi nejisto lidí z oblasti sociální práce (8%). V oblasti psychologie se objevuje nejvíce nejistých (18%) i nesouhlasných odpovědí (12%).

Tabulka 32 - souhrnné postoje podle profesí

	pedagogika	zdravotnictví	sociální práce	psychologie	celkem
nesouhlas	40 (80%)	40 (80%)	42 (84%)	35 (70%)	157 (78,5%)
nejsem si jist(a)	5 (10%)	8 (16%)	4 (8%)	9 (18%)	26 (13%)
souhlas	5 (10%)	2 (4%)	4 (8%)	6 (12%)	17 (8,5%)
celkem	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	200 (100%)

$$\chi^2 = 5,356, p = 0,499$$

Z výsledku testu je patrné, že rozdíly nejsou statisticky významné.

Porovnání odpovědí profesních skupin

Doménové skóry ADS porovnané s profesními skupinami

Tabulka 33 - porovnání odpovědí profesních skupin

N=200	Inkluze	Diskriminace	Přínos	Perspektiva
Pedagogika	12,50 ±2,460	11,02 ±2,846	9,76 ±1,996	16,66 ±2,429
Zdravotnictví	11,98 ±2,882	10,66 ±3,001	9,84 ±2,024	16,32 ±2,519
Sociální práce	11,94 ±2,227	10,48 ±2,384	10,88 ±2,222	16,50 ±2,644
Psychologie	11,02 ±2,441	12,12 ±2,569	10,00 ±2,569	16,52 ±1,843
Celkový průměr	12,11 ±2,498	11,07 ±2,765	10,10 ±2,194	16,50 ±2,364
F	0,547	3,678	2,416	0,172
p	0,651	0,013	0,068	0,915

Z testování kritérií bylo zjištěno, že významný rozdíl se objevil pouze v doméně s názvem Diskriminace. Další analýzou (Post Hoc Test) bylo zjištěno, že statisticky významně se liší odpovědi mezi respondenty z oblasti zdravotnictví a sociální práce.

Shrnutí a diskuze

Postoje vůči zdravotně postiženým jsou v současné době velmi důležitým a diskutovaným tématem. Při snaze deinstitucionalizace a inkluze je stále ve větší míře potřeba odborníků v pomáhajících profesích, kteří podporují lidi se znevýhodněním a pomáhají jim ve vyrovnávání jejich handicapu. Tito pracovníci by při své práci měli přistupovat ke svým klientům bez předsudků a předem vytvořených názorů. Zkoumání postojů má mnohá úskalí, jak již bylo řečeno v rámci teoretické části, ale pro upozornění na špatné postoje, které se mohou zrcadlit v chování člověka, jsou pro vykonávání kvalitní práce nezbytné.

Provedeného výzkumu se zúčastnilo 200 respondentů, kteří vyplnili elektronický nebo tištěný dotazník, který byl rozdělen do dvou částí. V první části se objevily demografické otázky, ze kterých bylo zjištěno, že odpovídající byli z celé České republiky, ve věku od 20 do 68 let, přičemž průměrný věk byl 38,4 let. Respondenti byli různého vzdělání od maturity po doktorské vzdělání, od studentů po zaměstnané až se čtyřiceti pěti lety praxe.

Pro zodpovězení otázky, zda se mezi profesemi objeví nějaké rozdíly v odpovědích na stejné otázky, vztahující se k lidem se zdravotním znevýhodněním, byli respondenti rozděleni do čtyř skupin, podle profesních oblastí - pedagogika, zdravotnictví, sociální práce a psychologie.

Podle metodiky WHOQL - Group, byla jednotlivá tvrzení, nad kterými se odpovídající zamýšleli rozděleny po čtyřech do čtyř domén, podle tématu, kterému se věnují - Inkluze, Diskriminace, Přínos a Perspektiva.

Nejvýraznější skupinou byla část tvrzení, která se věnují **perspektivě** v životě člověka se znevýhodněním. Tato část se zabývala optimismem, budoucností, očekáváním a vztahu k sexuálnímu životu lidí s handicapem. Tato témata se od ostatních lišila v největším počtu jistých odpovědí.

Většina respondentů nesouhlasí s tvrzeními, které byly uvedeny. To znamená, že lidé se zdravotním postižením by měli podle většiny být optimističtí ohledně své budoucnosti, mají toho hodně na co se těšit, může se od nich mnoho očekávat a mělo by

se s nimi hovořit o sexu. Při porovnání odpovědí mezi respondenty z profesních oblastí, bylo zjištěno, že se v této části lišily v nejmenší míře.

I přes výsledné odpovědi, je alarmující, že několik (5%) respondentů souhlasilo s tím, že by se s lidmi s postižením nemělo hovořit o sexu. V současné době existuje mnoho vzdělávacích programů, které toto téma přizpůsobují lidem s handicapem a není vhodné ho zanedbávat.

Další část je věnována doméně **přínosu** a naději. V tvrzeních šlo především o to, zda zdravotní postižení ovlivňuje ambice k dosahování cílů, úspěšnost, moudrost a sílu. Odpovědi na tyto otázky byly specifické tím, že bylo výrazné skóre odpovídajících, kteří si nebyli jisti. Nejvýrazněji se to ukázalo u tvrzení „Lidé se zdravotním postižením mají v sobě více odhodlání dosáhnout svých cílů než ostatní.“. Z celkového souhrnu zvolilo odpověď - nejsem si jist(a) - 43% respondentů, o něco menší procento (41%) s tvrzením souhlasilo. V této části se objevil už i rozdíl mezi odpověďmi jednotlivých profesních oblastí. U zmíněného tvrzení si respondenti z oboru pedagogiky a zdravotnictví naopak byli ve větším skóre jisti, než nejisti a s tvrzením souhlasili ve větší míře.

Další rozdíl se zde objevil u tvrzení „Zdravotní postižení může člověka udělat moudřejším.“ Zde souhrnně většina respondentů s tvrzením souhlasí. V oblasti sociální práce se objevuje, na rozdíl od ostatních profesních skupin, nejnížší skóre souhlasu a váhání i nejvyšší počet nesouhlasných odpovědí.

Tvrzení shrnutá pod tématem **diskriminace** se týkají chování lidí vůči lidem se zdravotním postižením. Zabývají se pocity, trpělivostí, děláním si legrace a využívání či zneužívání těchto lidí. Zde se objevilo nejvíce rozdílů mezi odpověďmi jednotlivých pomáhajících profesí. U tvrzení „Lidé si dělají ze zdravotního postižení často legraci.“ souhrnně většina respondentů nesouhlasila, ale po rozdělení odpovědí podle profesních skupin bylo zjištěno, že nesouhlasí pouze pracovníci oboru psychologie. Ostatní skupiny s tvrzením naopak souhlasí.

Stejný případ byl zaznamenán i u tvrzení „Lidé se často chovají ke zdravotně postiženým jako by neměli žádné pocity.“ Zde celkově většina respondentů nesouhlasí. Opačnou odpověď uvádí obor zdravotnictví, která naopak souhlasí. Po provedení testu

bylo zjištěno, že rozdíl je těsně nad hladinou statistické významnosti. Za zmínku stojí i oblast sociální práce, u které se odpovědi souhlasu i nesouhlasu objevily ve stejném počtu (38%).

Statisticky významný rozdíl se objevil u tvrzení, které tvrdí, že „je snazší využívat nebo špatně zacházet s lidmi se zdravotním postižením než s ostatními. Liší se zde převážně odpovědi respondentů z oblasti sociální práce, kteří ve výrazně vyšším počtu souhlasí s tvrzením, než ostatní profesní oblasti.

Celkově v této části se výrazně nejvíce početně liší odpovědi v oblasti sociální práce. Respondenti se procentuelně nejvíce rozcházejí s odpověďmi ostatních oblastí.

Část zabývající se tématem **inkluze** se věnuje podle názvu - začleněním lidí se zdravotním postižením do společnosti a to v otázkách vztahových i postojových. Zde se objevil zajímavý jev, kdy na téměř stejnou otázku týkající se zátěže kterou mohou být zdravotně postižení, odpovídali respondenti odlišně.

Dotazník se ve dvou tvrzeních respondentů ptá, jaký mají názor na to, zda jsou lidé s postižením zátěží. První otázka se týká zatížení společnosti a druhá rodiny. Celkově se odpovídající shodli na tom, že zdravotně postižení nejsou zátěží pro společnost, ale pro rodinu ano. Rozdíl se objevil u profesní skupiny zdravotnictví, která jako jediná ve většinovém skóre nesouhlasí s tvrzením, že tito lidé jsou zátěží pro své rodiny. Pomocí testu bylo zjištěno, že tato odlišnost je statisticky významná. Do budoucna by bylo jistě zajímavé zjistit pomocí rozhovorů důvod zvolení těchto odpovědí, v čem odborníci zátěž vidí a jak s ní pracují.

U tvrzení „Lidé se zdravotním postižením mají problémy se zapojit do společnosti.“ převyšovala svým skórem odpovědi oblast zdravotnictví, která v největší míře souhlasila (70%). U tohoto tvrzení si respondenti byli nejvíce jisti ve svých odpovědích, na rozdíl od ostatních, u kterých více váhali, nebo se jejich odpovědi více rozcházeli. Celkově uvedla více jak polovina respondentů souhlasnou odpověď. Pro budoucí práci pracovníků v pomáhajících profesích by bylo žádoucí pomocí rozhovorů zjistit, jakých konkrétních problémů si lidé všímají, aby s nimi dále mohli efektivně pracovat a tyto případné překážky snižovat.

Celkově z odpovědí v této části vyplývá, že lidé souhlasí s tím, že pro lidi se zdravotním postižením je náročné zapojit se do společnosti a navazovat nové vztahy. Zároveň nesouhlasí, že by tito lidé byli zátěží pro společnost, ale kromě oblasti zdravotnictví všichni souhlasí, že jsou zátěží pro své rodiny.

Při závěrečném shrnutí bylo zjištěno, že mezi zkoumanými pomáhajícími profesemi se v některých oblastech opravdu objevily statisticky významné rozdílné odpovědi a nahlížení na otázky týkající se lidí se zdravotním postižením. U několika tvrzení se objevují protichůdná výsledná skóre odpovědí. Celkově nejvíce rozdílů bylo zaznamenáno u odpovídajících z oblasti zdravotnictví.

Souhrnně nejvíce nejistých odpovědí se objevilo v oblasti pedagogiky (195 odpovědí), nejméně ve zdravotnictví (154 odpovědí). Naopak naprosto jistých (86 odpovědí) si bylo nejvíce respondentů z oblasti psychologie a nejméně z oblasti sociální práce (54 odpovědí).

V porovnání výsledných skóre jednotlivých domén, bylo zjištěno, že mezi odpověďmi respondentů z oblasti zdravotnictví a sociální práce se objevuje u odpovědí na tvrzení týkajících se diskriminace - statisticky významný rozdíl. Zajímavé je, že tyto dvě profesní skupiny jsou od sebe významně odlišné průměrným věkem respondentů i tím, že v oblasti sociální práce byl zaznamenán nejvyšší počet respondentů, kteří mají ze svého zaměstnání zkušenosti s klienty se zdravotním postižením. Ve zdravotnictví byla zkušenost s těmito klienty naopak nejnižší, což ale samotné nemusí být důvodem odlišnosti odpovědí.

Z komentářů, které někteří respondenti připojili na závěr dotazníku, byl patrný problém s pojmem „zdravotně postižení“. Odpovídající se vyjádřili, že pokud by byl dotazník specifikovaný na mentální nebo tělesné postižení, odpověděli by jinak. Do budoucna by bylo zajímavé provést výzkum, zda se opravdu objevuje rozdílný postoj k mentálně postiženým a tělesně postiženým a jaké jsou k tomu důvody.

Závěr

Tato diplomová práce se zabývá postoji ke zdravotně znevýhodněným osobám. Jedná se o srovnávací studii, kde jsou porovnávány odpovědi respondentů z několika vybraných pomáhajících profesí - pedagogika, zdravotnictví, sociální práce a psychologie.

Teoretická část se věnuje několika tématům spojených s provedeným výzkumem. Pojednává především o zdravotním znevýhodnění, jeho definici a historii pojmu, o postojích a pracovních v pomáhajících profesích. Zmiňuje se také o provedených výzkumech, které zkoumají postoje převážně studentů, mladistvých, ale v některých případech i odborníků ke zdravotně znevýhodněným osobám.

Výzkumná část byla provedena kvantitativní metodou. Jako nástroj byl použit dotazník, který obsahoval již vytvořenou škálu k měření postojů zdravotně znevýhodněným osobám (The Attitude disability scale) WHOQL-DIS skupinou. Tento instrument může být používán k vyhodnocení postojů jak tělesně tak mentálně postižených jedinců. Pro dotazník byly použity otázky přizpůsobené obecné populaci. Prakticky - respondenti odpovídali pomocí pětibodové škály na jednotlivá tvrzení, které se týkaly vztahů, postavení a běžného života zdravotně znevýhodněných.

Celkem bylo vybráno dvě stě vyplněných dotazníků, které byly pro porovnání rozděleny po padesáti do čtyř skupin, podle uvedené profesní oblasti. Jednotlivá tvrzení byla rozdělena do čtyř tematických skupin, podle tématu, kterému se věnují - inkluze, diskriminace, zisky, perspektiva. Skóre odpovědí byly zaznamenány pro přehlednost do tabulek a grafů a byly následně porovnány.

Z výsledků vyplynulo, že se opravdu objevuje rozdíl mezi odpověďmi jednotlivých pracovních oblastí. Pomocí testu bylo zjištěno, že statisticky významně se liší odpovědi respondentů z oblasti zdravotnictví a sociální práce v doméně „Diskriminace“. U těchto dvou skupin se zároveň objevila odlišnost u zkušeností s klienty se zdravotním znevýhodněním v zaměstnání a statisticky významný rozdíl v průměrném věku. U profesní oblasti psychologie se objevilo nejvíce jistých odpovědí, na rozdíl od oblasti pedagogiky, ve které bylo zaznamenáno nejvíce váhavých odpovědí.

Z komentářů přiložených na závěr dotazníku bylo zjištěno, že by se mohl objevit rozdíl v odpovědích, pokud by se respondenti zaměřili na konkrétní postižení - mentální nebo tělesné a zároveň by znali stupeň postižení, osobní předpoklady a sociální prostředí.

Do budoucna by bylo jistě zajímavé prozkoumat odpovědi odborníků, tentokrát pomocí rozhovoru, u kterého je možnost jít do hloubky tématu, a zjistit, zda se při rozdělení na konkrétní druhy postižení objeví významné rozdíly. Jistým ukazatelem pro předpokládaný rozdíl se objevuje v odpovědích na otázku: Které zdravotní postižení podle Vás nejvíce omezuje člověka v běžném životě. Respondenti jako nejvíce omezující uvedli mentální postižení, následně zrakové a tělesné.

Seznam použité literatury:

- ALLPORT, Gordon Willard, *O povaze předsudků*. V českém jazyce vyd. 1. Praha: Prostor, 2004, 574 s. Obzor (Prostor). ISBN 80-7260-125-3
- BLAŽEK, Bohuslav, KUČERA Jiří a OLMROVÁ Jiřina., *Světý postižených: (sociální posila v rodinách s mentálně retardovaným dítětem)*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1988, 179 s. Rodinný kruh.
- DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.
- EDELSBERGER, Tomáš. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000, 418 s. ISBN 8086022765.
- FISCHER, Slavomil. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014, ISBN 978-80-7387-792-7.
- FREEDMAN, I., R., *Social Work Practice with Persons with Disabilities* (2005) in LUM, Doman, *Cultural competence, practice stages, and Client Systems, A Case Study Approach*, California State University, Sacramento: Thomson, 2005, ISBN 0534631983.
- GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládání narušené identity*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 167 s. Most (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-21-0.
- HAYESOVÁ, N., *Základy sociální psychologie*, Praha: Portál s. r. o., 1998, ISBN 80-7178-198-3.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. Praha: Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-686-5.
- HEWSTONE, M., STROEBE, W., *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 769 s. ISBN 80-7367-092-5
- HORNE, D. Marcia, *Attitudes toward handicaped students: Professional, Peer, and Parent Reactions*, Lawrence erlbaum associates: London, 1985.
- KIM, K. H., LU, J., ESTRADA-HERNANDEZ, N., *Attitudes Toward With Disabilities: The Tripartite Model, Social Desirability, and Other Controversial Variables*, Journal of Asia Pacific Counseling, 2015, Vol 5, No, 1, 23-37.
- KOCUROVÁ, Marie. *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2002. ISBN 80-7082-844-7.

- KOUMAROVÁ, R., *Postoj dnešní mládeže k lidem s postižením*, diplomová práce, Brno: Masarykova univerzita, 2012.
- KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Praha: Eteria, 2002. ISBN 80-238-8729-7
- KRHUTOVÁ, L., *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*, Ostrava: Ostravská univerzita, 2013, ISBN 978-80-7326-232-7.
- KUČEROVÁ, Stanislava. *Člověk - hodnoty - výchova: kapitoly z filosofie výchovy*. Prešov: vl. n., 1996. ISBN 80-85668-34-3.
- LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitóriums: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990
- MATOUŠEK, O., a kol., *Sociální práce v praxi*, Praha: Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-818-0 - kapitola Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými, Kolářková J., Kodymová, P.
- MAREŠ, Petr. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Vyd. 3., upr. Praha: Sociologické nakladatelství, 2002, ISBN 80-86429-08-3.
- *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. 1. české vyd. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.
- MICHALÍK, J. a kol., *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha: Portál, 2011, ISBN 978-80-7367-859-3.
- *Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2015: informace o pravidlech i pomoci na trhu práce a ze sociálního systému*. Druhé vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2015. ISBN 978-80-7421-090-7
- NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2. Praha: Academia, 2009
- NOVOSAD, Libor. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: kapitoly ze sociologie handicapu*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 1997, ISBN 80-7083-268-1
- OZER, D., NALBANT, S. N, etc., *Physical education teacher's attitudes towards children with intellectual disability: the impact of time in service, tender, and previous acquaintance*, Journal of Intellectual Disability Research, volume 57, part 11, pp 1001-1013, November 2013

- PILÁTOVÁ, P, *Člověk se zdravotním postižením ve společnosti*, diplomová práce, Brno, Masarykova univerzita, 2013
- POWER, M. J., GREEN, A. M., THE WHOQOL-DIS Group, *The Attitudes to Disability Scale (ADS): development and psychometric properties*, Edinburgh University, Clinical Psychology, Edinburgh, UK in Journal of Intellectual Disability Research, volume 54 part 9 pp 86, - 874 september 2010
- PRŮCHA J. a kol., *Pedagogický slovník*, Portál, s.r.o. Praha, 2008, ISBN 978-80-7367-416-8.
- PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4748-4.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004.
- SHULTZ von THUN, F., *Jak spolu komunikujeme*, Praha: Grada, 2005. in Slowík, J., *Komunikace s lidmi s postižením*, Praha: Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-691-9.
- SLOWÍK, J., *Komunikace s lidmi s postižením*, Praha: Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-691-9.
- TITZL, B., *Postižený člověk ve společnosti, Hledání počátků*, Pedagogická Fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Praha, 1998, ISBN 80-86039-30-7.
- TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 366 s. ISBN 978-80-7367-868-5.
- ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 128 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-36-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2009, xv, 1159 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-202-5.

Internetové zdroje:

- Adina Micula, Social Perception on Social Integration of People with Disabilities. *Central and Eastern European Online Library* [online]. POLIROM & Universitatea București -: Dept. de Sociologie și Asistență Socială, 2014 [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: <http://www.ceeol.com/search/article-detail?id=278965>
- Se zdravotním postižením žije každý desátý občan ČR. In: *Český statistický úřad* [online]. 2014 [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/se_zdravotnim_postizenim_zije_kazdy_desaty_obcan_cr_20140416
- Aktuální verze MKN-10 v ČR. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2014 [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>
- *World report on disability* [online]. Switzerland: World Health Organization, 2014 [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: http://www.unicef.org/protection/World_report_on_disability_eng.pdf
- Disabilita. *Velký lékařský slovník* [online]. [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/disabilita>

Seznam zkratk:

WHO	World Health Organisation
OZP	Osoba/osoby zdravotně postižená
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
ADS	The Attitude disability scale

Seznam grafů, tabulek a obrázků

Seznam grafů:

Graf 3 - celkově - souhrn	48
Graf 4 - porovnání odpovědí dle profese	48
Graf 5 – celkově - souhrn	50
Graf 6 - porovnání odpovědí dle profese	50
Graf 7 – celkově - souhrn	53
Graf 8 - porovnání odpovědí dle profese	54
Graf 9 - porovnání odpovědí dle profese	56
Graf 10 – celkově - souhrn	56
Graf 11 – celkově - souhrn	58
Graf 12 - porovnání odpovědí dle profese	58
Graf 13 – celkově - souhrn	60
Graf 14 - porovnání odpovědí dle profese	60
Graf 15 – celkově - souhrn	62
Graf 16 - porovnání odpovědí dle profese	62
Graf 17 – celkově - souhrn	64
Graf 18 - porovnání odpovědí dle profese	64
Graf 19 – celkově - souhrn	66
Graf 20 - porovnání odpovědí dle profese	66
Graf 21 – celkově - souhrn	68
Graf 22 - porovnání odpovědí dle profese	68
Graf 23 – celkově - souhrn	70
Graf 24 - porovnání odpovědí dle profese	70
Graf 25 – celkově - souhrn	73
Graf 26 - porovnání odpovědí dle profese	73
Graf 27 – celkově - souhrn	75
Graf 28 - porovnání odpovědí dle profese	76
Graf 29 – celkově - souhrn	78
Graf 30 - porovnání odpovědí dle profese	78
Graf 31 – celkově - souhrn	80
Graf 32 - porovnání odpovědí dle profese	80

Seznam tabulek:

Tabulka 1 - přehled odpovědí podle profesí	47
Tabulka 2 - souhrnné postoje podle profesí	47
Tabulka 3 - přehled odpovědí podle profesí	49
Tabulka 4 - souhrnné postoje podle profesí	49
Tabulka 5 - přehled odpovědí podle profesí	51
Tabulka 6 - souhrnné postoje podle profesí	51
Tabulka 7 - přehled odpovědí podle profesí	54
Tabulka 8 - souhrnné postoje podle profesí	55
Tabulka 9 - přehled odpovědí podle profesí	57
Tabulka 10 - souhrnné postoje podle profesí	57
Tabulka 11 - přehled odpovědí podle profesí	59
Tabulka 12 - souhrnné postoje podle profesí	59
Tabulka 13 - přehled odpovědí podle profesí	61
Tabulka 14 - souhrnné postoje podle profesí	61
Tabulka 15 - přehled odpovědí podle profesí	63
Tabulka 16 - souhrnné postoje podle profesí	63
Tabulka 17 - přehled odpovědí podle profesí	65
Tabulka 18 - souhrnné postoje podle profesí	65
Tabulka 19 - přehled odpovědí podle profesí	67
Tabulka 20 - souhrnné postoje podle profesí	67
Tabulka 21 - přehled odpovědí podle profesí	69
Tabulka 22 - souhrnné postoje podle profesí	69
Tabulka 23 - přehled odpovědí podle profesí	71
Tabulka 24 - souhrnné postoje podle profesí	71
Tabulka 25 - přehled odpovědí podle profesí	74
Tabulka 26 - souhrnné postoje podle profesí	74
Tabulka 27 - přehled odpovědí podle profesí	76
Tabulka 28 - souhrnné postoje podle profesí	77
Tabulka 29 - přehled odpovědí podle profesí	79
Tabulka 30 - souhrnné postoje podle profesí	79
Tabulka 31 - přehled odpovědí podle profesí	81
Tabulka 32 - souhrnné postoje podle profesí	81
Tabulka 33 - porovnání odpovědí profesních skupin	82

Seznam obrázků:

Obrázek 1 - Schéma rozdílu - člověk postižený a člověk s postižením.....	11
Obrázek 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání	42
Obrázek 3 - Kraj	43
Obrázek 4 - Zkušenost	44
Obrázek 5 - Nejvíce omezující postižení.....	44

Přílohy

PŘÍLOHA 1 Desatero rovného zacházení pro osoby se zdravotním postižením

PŘÍLOHA 2 Rozdělení respondentů podle oboru a vzdělání

PŘÍLOHA 3 Pracujete ve své současné práci s lidmi se zdravotním postižením?

PŘÍLOHA 4 Zdravotní postižení nejvíce omezující člověka v běžném životě

PŘÍLOHA 5 Vizuální ukázka online dotazníku

PŘÍLOHA 1

Desatero rovného zacházení pro osoby se zdravotním postižením

1. Společnost umožní realizovat práva OZP v maximálním rozsahu. Tímto počinem nečiní dobrý skutek, pouze se nedopouští diskriminace.
2. OZP jsou z hlediska práva osobami, které mají dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, jež v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.
3. Zákaz diskriminace OZP je upraven na více úrovních práva. Na úrovni zákona je hlavním nástrojem ochrany práv OZP antidiskriminační zákon.
4. Nejdůležitějším dokumentem mezinárodního práva ve vztahu OZP je Úmluva o právech OZP.
5. Pro určení, zdali se OZP je vystavována diskriminaci se doporučuje položit otázku: "Jednalo by se v této situaci s osobou bez zdravotního postižení odlišně?" Pokud se jedná o odlišné zacházení, vzniká podezření na diskriminaci.
6. Diskriminace OZP má přímou a nepřímou formu. Patří k nim i pokyn a navádění k diskriminaci, obtěžování a pronásledování.
7. Právo na přístup či přístupnost je klíčovým právem OZP. Musí mít přístup k dopravě, informacím a komunikaci, včetně informačních a komunikačních technologií a systémů a ke službám poskytovaných veřejností.
8. Nejúčinnější právní prostředek ochrany před diskriminací je žaloba u soudu. Antidiskriminační spory jsou složité a s nejasnou vyhlídkou na úspěch. Proto se doporučuje využití služeb advokáta.
9. Univerzálním místem pomoci obětem diskriminace v ČR je veřejný ochránce práv - ombudsman. Na něj se lze obrátit o pomoc ve věci diskriminace.
10. Antidiskriminační zákon je až posledním prostředkem obrany proti diskriminaci. Mnohem úspěšnější bývá vyjednávání, mediace a řešení sporů mimoprávními prostředky (Čermák, 2012).

PŘÍLOHA 2

Rozdělení respondentů podle oboru a vzdělání

Obor: pedagogika

magisterské	30	60.0 %	
maturita	12	24.0 %	
bakalářské	5	10.0 %	
doktorské	3	6.0 %	

Obor: psychologie

magisterské	23	46.0 %	
doktorské	18	36.0 %	
maturita	7	14.0 %	
bakalářské	2	4.0 %	

Obor: sociální práce

magisterské	21	42.0 %	
bakalářské	16	32.0 %	
jiné (vypsát)	8	16.0 %	
maturita	5	10.0 %	





Obor: zdravotnictví

maturita	19	38.0 %	
magisterské	14	28.0 %	
bakalářské	10	20.0 %	
doktorské	5	10.0 %	
jiné (vypsát)	2	4.0 %	





PŘÍLOHA 3

Pracujete ve své současné práci s lidmi se zdravotním postižením?




Obor: pedagogika

ano	21	42.0 %	
ne	18	36.0 %	
výjimečně	10	20.0 %	
nezadáno	1	2.0 %	




Obor: psychologie

výjimečně	20	40.0 %	
ano	19	38.0 %	
ne	10	20.0 %	
nezadáno	1	2.0 %	

Obor: sociální práce

ano	26	52.0 %	
výjimečně	17	34.0 %	
ne	7	14.0 %	

Obor: zdravotnictví

výjimečně	19	38.0 %	
ano	17	34.0 %	
ne	14	28.0 %	

PŘÍLOHA 4

Zdravotní postižení nejvíce omezující člověka v běžném životě

Obor: pedagogika

nezadáno	1	2.0 %	
jiné	2	4.0 %	
mentální	21	42.0 %	
sluchové	4	8.0 %	
tělesné	8	16.0 %	
zrakové	14	28.0 %	

Obor: psychologie

nezadáno	1	2.0 %	
jiné	8	16.0 %	
mentální	18	36.0 %	
sluchové	5	10.0 %	
tělesné	8	16.0 %	
vady řeči	3	6.0 %	
zrakové	7	14.0 %	

Obor: sociální práce

nezadáno	1	2.0 %	
jiné	8	16.0 %	
mentální	15	30.0 %	
sluchové	7	14.0 %	
tělesné	8	16.0 %	
vady řeči	1	2.0 %	
zrakové	10	20.0 %	

Obor: zdravotnictví




nezadáno	1	2.0 %	
jiné	5	10.0 %	
mentální	19	38.0 %	
sluchové	2	4.0 %	
tělesné	10	20.0 %	
vady řeči	2	4.0 %	
zrakové	11	22.0 %	

PŘÍLOHA 5

Vizuální ukázka online dotazníku

Dotazník k diplomové práci

Attitudes to disability
Anonymní dotazník obecných postojů ke zdravotnímu postižení



INFORMACE O VÁS
Před tím, než začnete s vyplňováním, odpovězte, prosím, na několik otázek týkajících se přímo Vaší osoby.

Pohlaví
☐ muž | ☐ žena

Věk

Nejvyšší dosažené vzdělání
☐ maturita | ☐ bakalářské | ☐ magisterské | ☐ doktorské | ☐ jiné (vypsat)

Jaký obor jste vystuloval(a)?

Pokud studujete, jaký obor?

V jakém oboru pracujete?
☐ pedagogika | ☐ zdravotnictví | ☐ sociální práce | ☐ psychologie | ☐ jiné (doplnit)

Konkrétní pozice

Jak dlouho pracujete na této pozici? (zaokrouhlete na celé roky)

V jakém kraji žijete?

Pracujete ve své současné práci s lidmi se zdravotním postižením?
☐ ANO | ☐ NE | ☐ Výjimečně

Které zdravotní postižení podle Vás nejvíce omezuje člověka v běžném životě?
☐ tělesné | ☐ zrakové | ☐ sluchové | ☐ mentální | ☐ vady řeči | ☐ jiné (doplnit)

Jakou máte zkušenost se zdravotním postižením? (můžete zvolit více možností.)
☐ sám jsem ZP | ☐ ZP v rodině | ☐ ZP kamarád(ka)/přítel(kyně) | ☐ ZP ve škole | ☐ ZP v zaměstnání (kolega) | ☐ ZP jako klienti v zaměstnání | ☐ zkušenost ze školní praxe | ☐ nikoliv | ☐ jiné: (uveďte)

DĚKUJEME ZA VYPLNĚNÍ TĚCHTO ÚDAJŮ

Dotazník

Ptáme se na Váš celkový pocit a osobní zkušenosti se zdravotním postižením:

č.	otázka	naprosto nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist(a)	souhlasím	naprosto souhlasím
2	Lidé se zdravotním postižením mají problémy se zapojit do společnosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Lidé si často ze zdravotního postižení dělají legraci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Je snazší využívat nebo špatně zacházet s lidmi se zdravotním postižením než s ostatními.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Lidé se zdravotním postižením jsou zátěží pro společnost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Lidé se zdravotním postižením jsou zátěží pro své rodiny.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Zdravotní postižení může člověka posílit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Zdravotní postižení může člověka učinit moudřejším.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Někteří lidé toho hodně dokážou právě proto, že jsou zdravotně postižení (např. jsou úspěšnější).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Lidé se zdravotním postižením mají v sobě více odhodlání dosáhnout svých cílů než ostatní.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Lidé často nemají se zdravotně postiženými trpělivost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Lidé se často chovají ke zdravotně postiženým jako by neměli žádné pocity.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Se zdravotně postiženými by se nemělo mluvit o sexu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Lidé by neměli od zdravotně postižených očekávat příliš mnoho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Lidé se zdravotním postižením by neměli být optimističtí (plni nadějí) ohledně své budoucnosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Lidé se zdravotním postižením mají méně toho, na co se mohou těšit, než ostatní.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zdroj: M. J. Power, A. M. Green, a The WHOQOL-DIS Group, The Attitudes to Disability Scale (ADS)

Máte k dotazníku nějaké připomínky?

odeslat

Děkuji vám za váš čas a vyplnění dotazníku.